TERAPIAS COMPORTAMENTAIS *DE TERCEIRA GERAÇÃO*

Guia para Profissionais

Paola Lucena-Santos
José Pinto-Gouveia
Margareth da Silva Oliveira
Organizadores

Sinopsys editora

Prefácio
Steven C. Hayes & Jacqueline Pistorello

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

TERAPIAS COMPORTAMENTAIS DE TERCEIRA GERAÇÃO

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

T315 Terapias comportamentais de terceira geração: guia para profissionais / organizado por Paola Lucena-Santos, José Pinto-Gouveia e Margareth da Silva Oliveira... [et al.] – Novo Hamburgo : Sinopsys, 2015.
16x23 cm ; 526p.

ISBN 978-85-64468-46-7

1. Psicologia –Terapias comportamentais. I. Lucena-Santos, Paola. II. Pinto-Gouveia, José. III. Oliveira, Margareth da Silva Oliveira. IV. Título.

CDU 159.922

Catalogação na publicação: Mônica Ballejo Canto – CRB 10/1023

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

TERAPIAS COMPORTAMENTAIS DE TERCEIRA GERAÇÃO

Guia para profissionais

PAOLA LUCENA-SANTOS
JOSÉ PINTO-GOUVEIA
MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA
ORGANIZADORES

SINOPSYS editora
2015

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

© Sinopsys Editora e Sistemas Ltda., 2015
Terapias Comportamentais de Terceira Geração
Paola Lucena-Santos, José Pinto-Gouveia e Margareth da Silva Oliveira (orgs.)

Capa: *Maurício Pamplona*

Revisão: *Danielle Teixeira*

Tradução do prefácio: *Paola Lucena-Santos*

Supervisão editorial: *Mônica Ballejo Canto*

Editoração: *Formato Artes Gráficas*

Sinopsys Editora
Fone: (51) 3066-3690
E-mail: atendimento@sinopsyseditora.com.br
Site: www. sinopsyseditora.com.br

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

À minha mãe, Fátima, aos meus padrinhos, Regina e José, às amigas Renata e Graça, à Selma, aos meus orientadores de doutoramento, Profª. Margareth e Prof. Pinto-Gouveia, aos meus irmãos e demais familiares e amigos que sempre me apoiaram, incentivaram e torceram por mim.

Paola Lucena-Santos

Aos meus alunos de doutoramento e colaboradores que, ao longo dos anos, foram construindo o CINEICC.

José Pinto-Gouveia

Aos meus alunos do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS e, em especial, ao Prof. Pinto-Gouveia e à Paola Lucena dos Santos (Universidade de Coimbra) que apostaram neste projeto.

Margareth da Silva Oliveira

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Agradecimentos

Aos colaboradores desta obra que prontamente aceitaram o nosso convite e somaram forças conosco, tornando este projeto possível.

À Sinopsys Editora pela confiança em nós depositada, assim como pela organização e pela qualidade de trabalho demonstradas durante todas as etapas do processo editorial.

Ao Steven Hayes e à Jacqueline Pistorello por terem prontamente aceito o nosso convite para a escrita do prefácio desta obra e, em especial, à Jacqueline pelo carinho.

Aos colaboradores e à equipe do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenções Cognitivo-Comportamentais (CINEICC), da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, pela constante troca de conhecimentos sobre as Terapias Comportamentais de Terceira Geração, as quais são foco de diversos trabalhos acadêmicos do centro de investigação há mais de uma década.

Aos colaboradores e à equipe do Grupo de Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva e Comportamental (GAAPCC), do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, por terem abraçado uma nova frente de trabalho desde 2011 (em parceria com o CINEICC) e por terem demonstrado, desde então, constante entusiasmo e dedicação em aprender e disseminar as Terapias Comportamentais de Terceira Geração (especialmente a Terapia de Aceitação e Compromisso e a Terapia Focada na Compaixão) em território brasileiro.

A todos os interessados nas Terapias Comportamentais de Terceira Geração que, devido ao interesse demonstrado pelas temáticas, tornaram este projeto viável.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Autores

Paola Lucena-Santos (org.). Psicóloga graduada pela PUC/RS. Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, na subárea de especialidade em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde (Universidade de Coimbra). Doutoranda em Psicologia Clínica no Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Membro da *Association for Contextual Behavioral Science* (ACBS). Atualmente suas atividades de pesquisa são inteiramente focadas nos processos da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e da Terapia Focada na Compaixão (CFT) e suas aplicabilidades em diferentes psicopatologias e contextos. Parecerista *ad hoc* de periódicos científicos nacionais e internacionais indexados e com revisões pelos pares.

José Pinto-Gouveia (org.). Médico Psiquiatra pela Universidade de Coimbra/Portugal. Doutor em Psicologia Clínica pela mesma instituição. Professor Catedrático da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE-UC). Coordenador do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenções Cognitivo-Comportamentais da FPCE-UC. Orientador de Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado. Editor da revista *Psychologica*. Presidente da Associação Portuguesa para o *Mindfulness* (APM). Membro efetivo do *International Committee of World Congresses of Behavioural and Cognitive Therapies*. Realiza pesquisas na área das Terapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração há muitos anos, sendo orientador de dezenas de mestrados e doutorados que foram realizados na área. Publicou, somente nos últimos dois anos, mais de 100 artigos em revistas internacionais com fator de impacto.

Margareth da Silva Oliveira(org.). Psicóloga pela PUC/RS. Mestre em Psicologia pela PUCRS. Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica pela UNIFESP. Realizou Pós-Doutorado na *University of Maryland*. Professora titular do Programa de Pós-Graduação (PPG) em Psicologia da PUC/RS. Coordena, há 13 anos, o Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva e Comportamental da Faculdade de Psicologia da PUC/RS. Orientadora de Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado. Bolsista Produtividade Nível 1 (CNPq). Durante toda a sua trajetória como pesquisadora trabalhou com a Terapia Cognitivo-Comportamental tradicional e Entrevista Motivacional e, nos últimos anos, expandiu

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

seus estudos para as Terapias de Terceira Geração. É membro da Associação Latino-Americana de Psicoterapias Cognitivas (ALAPCO). Membro fundador da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas.

Bernard Pimentel Rangé. Psicólogo pela PUC/RJ. Mestre em Psicologia Teórica-Experimental pela PUC/RJ. Doutor em Psicologia pelo IP/UFRJ. Foi um dos primeiros terapeutas comportamentais do Brasil. Foi Presidente-fundador da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (ABPMC), Vice-presidente fundador da Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas (SBTC, atual FBTC). Presidente da Associação Latino-Americana de Psicoterapias Cognitivas (ALAPCO). Especialista por treinamento extramuros do *Beck Institute*. Orientador de Mestrado e Doutorado, Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Organizador do livro *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Coautor juntamente com Camilla Vorkapic do livro *Mindfulness, meditação, yoga e técnicas contemplativas*, dentre outras obras.

Cristina Würdig Sayago. Psicóloga pela PUC/RS. Mestre em Psicologia pela PUC/RS, na área de concentração de Psicologia Clínica. Formação em Terapias Baseadas em Evidências para o Transtorno da Personalidade Borderline pela FORO/ARG. Especialista em Terapias Cognitivo-Comportamentais. Membro do GEP (primeira e, atualmente, única equipe de Terapia Comportamental Dialética do Brasil), onde todos os integrantes possuem treinamento na condução da terapia individual, grupoterapia de habilidades, grupo de familiares, consultoria de terapeutas e intervenções ambientes (dentro do modelo da Terapia Comportamental Dialética). Desenvolve no GEP os papéis de terapeuta individual e integrante da consultoria de terapeutas. Cursa o *Dialectical Behavior Therapy – Intensive Training* (*Behavioral Tech*/EUA e Foro/ARG). Coordenadora do Curso de Formação em Terapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração do InTCC. Sócia do InTCC.

Elisa Harumi Kozasa. Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade de São Paulo. Mestre, Doutora e Pós-doutora pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (Capes 7), onde é professora afiliada. Pesquisadora do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Suas principais pesquisas abordam a neurofisiologia de estados de consciência como a meditação, através da neuroimagem funcional, e a avaliação de intervenções que envolvem treinamento de habilidades cognitivas e comportamentais e que promovem uma melhor qualidade de vida e bem-estar. Nestas áreas participou dos diálogos entre pesquisadores e o Dalai Lama, na interface entre efeitos de práticas contemplativas para a saúde em 2006 e 2011. Possui colaborações internacionais em andamento com pesquisadores do *MD Anderson Cancer Center* e *Harvard Medical School*. Atuou como editora convidada de número especial da revista *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine* em 2013. Uma das três finalistas do Prêmio Saúde 2012 e 2013 na categoria de saúde mental e emocional. Primeira autora do "The Most Downloaded Paper" da revista *Neuroimage* (fator de impacto 5.895) por quatro meses entre 2011/2012. Graduada 5º dan em Aikido com certificado reconhecido pela *International Aikido Federation*. Foi treinada por Paul Ekman e Alan Wallace para ministrar o treinamento *Cultivating Emotional Balance*.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Fabián Orlando Olaz. Psicólogo. Doutor em Psicologia pela Universidade Nacional de Córdoba, Argentina. Professor Adjunto da disciplina de graduação Clínica Psicológica. Membro do Comitê acadêmico da carreira de Doutor em Psicologia da Universidade Nacional de Córdoba. Diretor do Laboratório de Comportamento Interpessoal da Faculdade de Psicologia a Universidade Nacional de Córdoba/Argentina. Psicoterapeuta ACT e FAP com especialidade no modelo Matrix. Tem mais de 300 horas de treinamento e supervisão no modelo ACT e FAP com representantes dos modelos (Steven Hayes, Mavis Tsai, Bob Kohlenberg, Kelly Wilson, Robin Walser, Kirk Stroshal, Benjamin Schoendorff, Vijay Shankar e outros). Tem participado no *Intensive Intership in the Medical Center of the Department of Veterans Affairs. PTSD Intensive Outpatient Training Program*, em Augusta (Maine), junto aos Doutores Jerold Hambright e Kevin Polk, com quem mantém reuniões de trabalho e discussão. Organizador de *workshops* internacionais de Terapia de Aceitação e Compromisso na Argentina e no Brasil. Organizador do primeiro Workshop de ACT brindado por Steven Hayes e Jaqueline Pistorello no Brasil e de outros importantes representantes do modelo. *Trainer* do *Contextual Psychology Institute*, dirigido por Benjamin Schoendorff. Supervisor e Diretor Clínico do Centro Integral de Psicoterapias Contextuales (Córdoba). Membro da *Association for Contextual Behavioral Science* (ACBS) e da *American Psychological Association* (APA). Representante na Argentina da Associação Psicológica Ibero-americana de Clínica e Saúde (APICSA). Palestrante reconhecido na Argentina e no Brasil onde mais de 1.000 participantes assistiram seus cursos e *workshops* na área de Terapias de Terceira Geração. Escreveu e publicou dezenas de trabalhos sobre ACT e Terapia Cognitiva e Comportamental. Atualmente está preparando um livro em coautoria com Kevin Polk, Benjamin Schoendorff e Mark Webster sobre o Modelo Matrix que será publicado em 2015 pela editora *New Harbinger Publications, Inc*.

Giovana Del Prette. Psicóloga e atua como terapeuta, professora, supervisora clínica e pesquisadora. Graduada em Psicologia pela USP. Mestre e Doutora em Psicologia Clínica pela USP. Pós-doutorado pelo Instituto de Psiquiatria da USP. Participou de discussões de pesquisa sobre Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP) com Robert Kohlenberg, Mavis Tsai, Jonathan Kanter e Glenn Calaghan durante a *37th Annual Convention of Applied Behavior Analysis*. Fez cursos de formação em FAP com Jonathan Kanter na *University of Washington*, Terapia Comportamental Dialética com Luc Vandenberghe na PUC/Goiás e Terapia de Aceitação e Compromisso aprimorada por FAP com Benjamin Schoendorff e Marie-France Bolduc no *Institut de Psychologie Contextuelle*. Participou de grupo de Supervisão FAP de Sonia Meyer durante seis anos. Está vinculada ao Setor de Psiquiatria Geral do HC/FMUSP, como professora e supervisora clínica do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência e do curso de Terapia Comportamental e Cognitiva da Residência. Professora e supervisora do Núcleo Paradigma de Análise do Comportamento. Foi vice-presidente da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (ABPMC-2012), da qual é membro desde 2001.

Igor da Rosa Finger. Psicólogo pela PUC/RS. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC/RS. Especialista em Terapias Cognitivo-Comportamentais pela FADERGS/Infapa. Professor da Faculdade de Psicologia da Unisinos e de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais do InTCC. Professor convidado de diversas especializações e formações nas áreas da

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

TCC no Brasil. Atua em consultório com Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Apresentou a ACT em *workshops* e congressos nacionais e internacionais de TCCs. Professor do curso de Formação em TCCs de Terceira Geração no InTCC. Membro da *Association for Contextual Behavioral Science* (ACBS).

Isabel Cristina Weiss de Souza. Psicóloga pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CES/JF). Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Especialista em Terapias Cognitivas pela USP/SP. Doutoranda do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP. Realizou treinamento em *Mindfulness-Based Relapse Prevention* (MBRP) na *University of California* (School of Medicine) e *Advanced Teacher Training in MBRP* na Inglaterra. Psicóloga clínica. Professora da Especialização em Terapias Cognitivas do Núcleo de Estudos em Saúde Mental de Juiz de Fora e professora do Centro Regional de Referência sobre Drogas (CRR) da UNIFESP. Ministrou treinamentos, apresentou trabalhos e foi organizadora de cursos e *workshops* sobre Prevenção da Recaída Baseada em *Mindfulness*. Participou, juntamente com outros autores, da validação brasileira do *Mindful Attention Awareness Scale* e do *Five Facet Mindfulness Questionnaire*. Possui diversos trabalhos publicados sobre MBRP, Terapia Cognitiva e Prevenção na área de comportamentos aditivos.

Jacqueline Pistorello. Ph.D. Pesquisadora nos Serviços de *Counseling* da *University of Nevada*, Reno (USA), onde tem trabalhado com estudantes universitários utilizando abordagens de terceira onda durante quase 20 anos. Especializada na adaptação da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e da Terapia Comportamental Dialética para a prevenção e tratamento de problemas de saúde mental em estudantes universitários. Recebeu mais de 5 milhões de dólares em financiamentos de pesquisa de institutos nacionais de saúde norte-americanos para realização de estudos na sua área de especialidade. Publicou um livro de autoajuda intitulado *Finding Life Beyound Trauma*, no qual a ACT é proposta como um caminho para lidar com os efeitos do trauma. Foi organizadora do livro *Mindfulness and Acceptance for Counseling College Students*.

Juliana Helena dos Santos Silvério Abreu. Psicóloga pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Doutoranda em Psicologia Experimental na USP. Professora, terapeuta e coordenadora do Instituto de Análise do Comportamento de Curitiba (IACC).

Karen Vogel. Psicóloga pela PUC/SP. Especialista em Análise do Comportamento pelo Núcleo Paradigma-SP. Mestranda na Faculdade de Medicina-USP. Fundadora do Instituto Brasileiro de Prática em *Mindfulness*. Professora e supervisora do curso de Terapia de Aceitação e Compromisso do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP. Supervisora do Instituto de Psiquiatria da USP. Autora do livro *Fada Helena Boazinha*. Atua em consultório com prática clínica baseada na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e *Mindfulness*. Fez curso de Terapia Focada na Compaixão com Professor Paul Gilbert no *IX World ACBS Washington Conference*.

Lina Sue Matsumoto. Psicóloga pela Universidade Paulista (NIP/RS). Psicoterapeuta certificada em Terapia Processual. Possui aprimoramento em Transtornos Alimentares pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP). Experiência clínica em transtornos de ansiedade, transtornos

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

do humor, transtornos alimentares e transtorno do estresse pós-traumático, tendo também trabalhado com reeducação alimentar de pessoas com obesidade, diabetes e pré/pós-cirurgia bariátrica. Psicóloga no Ambulatório de Ansiedade do Ipq-HCFMUSP. Atuou como professora do curso de graduação em psicologia da UNIP aonde lecionou sobre Psicoterapia Cognitiva e Construtivista e Processos Psicológicos Básicos. Professora convidada no Instituto Catarinense de Terapia Cognitiva (ICTC-SC) e no Instituto Paranaense de Terapia Cognitiva (IPTC-PR).

Luc Vandenberghe. Doutor em Psicologia pela *Université de l' État à Liège* – Bélgica. Mestre em Psicologia Clínica e do Desenvolvimento pelo *Rijksuniversiteit Gent* – Bélgica. Trabalhou como psicoterapeuta e terapeuta de casal na Alemanha de 1989 até 1994 e depois desta data no Brasil. Fez suas primeiras experiências com a Terapia Comportamental Dialética no fim da decada de 1980. Após um curso com John Teasdale em Londres, em 1993, começou a trabalhar sistematicamente com *Mindfulness* no processo psicoterapêutico individual e de casal. Supervisionou estágio em terapia comportamental da terceira onda (com enfase em FAP e ACT) na PUC de Minas Gerais em Belo Horizonte em 1996. Professor e supervisor clínico na PUC/Goiás. Publicou sobre o tratamento comportamental de dor crônica, o relacionamento terapêutico como instrumento de cura e a terapia de casal em várias revistas britânicas, brasileiras e estadunidenses durante as últimas décadas.

Marcelo Batista de Oliveira. Psicólogo. Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo, onde trabalha em um projeto de pesquisa que avalia os níveis de Mindfulness e tipos clínicos de Burnout em médicos de família brasileiros. Possui certificação em *Mindfulness* pelo Instituto *Breathworks*/Inglaterra (*Mindfulness Based approaches for Health and Stress* e em *Mindfulness Based Relapse Prevention Level 1*). Membro e professor do Grupo Mente Aberta – Núcleo de *Mindfulness* e Promoção da Saúde – UNIFESP. É sócio fundador do website Iniciativa *Mindfulness* e do Centro Paulista de mindfulness, onde conduz grupos de mindfulness e oferece *workshops* sobre a temática.

Marcelo Marcos Piva Demarzo. Médico pela USP. Doutor em Patologia pela USP. Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo Hospital das Clínicas da FMRP-USP. Especialista em Medicina do Exercício e do Esporte pela Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. Especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Profissional em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. Professor adjunto da Universidade Federal de São Paulo, e *Senior Fellow do International Primary Care Research Leadership Programme (Department of Primary Care Health Sciences, University of Oxford)*. Realizou estágio de pesquisa pós-doutoral em *Mindfulness* e Promoção da Saúde no Grupo de Salud Mental en Atención Primaria del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (Universidad de Zaragoza/ Espanha). Instrutor certificado de "Mindfulness para Saúde" (com Jon Kabat-Zinn e Saki Santorelli pelo Center for Mindfulness/USA e pelo Instituto *Breathworks*, Reino Unido). Coordena o "Mente Aberta" – Centro Brasileiro de *Mindfulness* e Promoção da Saúde (www.mindfulnessbrasil.com), centro de extensão, ensino e pesquisa em *mindfulness* aplicado à saúde e sociedade.

Michaele Terena Saban. Psicóloga pela PUC/SP. Mestre em Psicologia Experimental pela PUC/SP. Especialista em Psicologia Analítico-comportamental pelo Núcleo Paradigma de

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Análise de Comportamento. Docente no Curso de Extensão em Terapia de Aceitação e Compromisso no Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP. Organizadora e tradutora de *workshops* internacionais de Terapia de Aceitação e Compromisso. Foi ministrante de diversos cursos, *workshops*, mesas redondas, simpósios, palestras, aulas, treinamentos, sessões coordenadas, cursos de verão, apresentações orais e de painéis sobre Terapia de Aceitação e Compromisso e análise do comportamento. Seu trabalho de conclusão de curso *Uma Leitura Behaviorista Radical da Terapia de Aceitação e Compromisso* recebeu Menção Honrosa no XV Prêmio Ana Maria Poppovic para o melhor TCC em Psicologia (PUC/SP). Participa anualmente, desde 2007, em congressos internacionais na área de Terapias Contextuais, tendo realizado inúmeros cursos e treinamentos na área. Autora do livro *Introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso*, uma das únicas obras correntemente disponíveis em português sobre ACT.

Paulo Roberto Abreu. Psicólogo pela Universidade Federal do Paraná. Doutor em Psicologia Experimental pelo Instituto de Psicologia-USP. Editor Associado da *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva* (RBTCC) da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (ABPMC). Coordenador do Instituto de Análise do Comportamento de Curitiba (IACC), onde atua também como docente e psicólogo clínico.

Renata Klein Zancan. Psicóloga pela UNIJUI/RS. Pós-Graduada em Psicologia em Saúde Mental e Coletiva pelo ICPG/SC. Mestre em Psicologia Clínica pela UNISINOS/RS. Bolsista DTI/FAPERGS/CAPES no Grupo de Avaliação e Pesquisa em Terapia Cognitivo e Comportamental do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC/RS. Atua em estudos e pesquisas envolvendo a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), Terapia Focada na Compaixão e *Mindfulness*. Possui experiência na área clínica, área da saúde (especialmente em psico-oncologia) e docência.

Rodrigo Rodrigues Costa Boavista. Psicólogo pela Faculdade Ruy Barbosa – BA. Mestre em Psicologia Experimental – Análise do Comportamento pela PUC/SP. Especialista em Clínica Analítico-Comportamental de Adultos pelo Núcleo Paradigma de Análise de Comportamento. Atua em consultório com prática clínica baseada nas Terapias de Terceira Geração, em especial na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Docente da Universidade Paulista (UNIP). Seu trabalho de conclusão de curso de graduação deu origem ao livro *Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): Mais uma possibilidade para clínica comportamental*, uma dentre as únicas obras correntemente disponíveis em português sobre ACT. Em sua monografia de especialização investigou o fenômeno da esquiva experiencial e em sua dissertação de mestrado revisou a literatura empírica produzida à luz da Teoria das Molduras Relacionais (RFT). Ministrou cursos sobre Terapia de Aceitação e Compromisso e RFT, apresentou e publicou diversos trabalhos científicos na área.

Stephen William Little. Irlandês, físico e budista ordenado, formado no método *Breathworks*, Inglaterra, aluno do Michael Chaskalson, especialista em Atenção Plena, Cambridge, Inglaterra. Palestrante experiente do ensino da prática de Atenção Plena (*Mindfulness*) no Brasil e na Europa. É uma das pessoas responsáveis pela introdução do método no Brasil e tem se dedicado a alguns trabalhos de pesquisa (*Perceptual and Motor Skills*, 2010 / *Current Pain and Headache Reports*, 2012) e consultoria na área, há mais de 21 anos. Instrutor de programas

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

educativos focados em saúde ou em liderança que envolvem meditação *Mindfulness* (Atenção Plena). Revisor técnico do livro *Viva Bem com a Dor e Doença*, por Vidyamala Burch. Ministrou cursos para funcionários da Escola Paulista de Medicina, da Justiça Federal e em várias empresas e projetos sociais no Estado de São Paulo. Era co-coordenador (com Elisa Kozasa) do Grupo GEMTECOMSAÚDE – Grupo de Estudos de Meditação e Técnicas Complementares em Saúde (São Paulo). Diretor do Centro de Vivência em Atenção Plena (São Paulo) onde oferece atendimento individual. Possui publicações nacionais e internacionais sobre meditação e suas aplicabilidades.

Steven C. Hayes. Ph.D. Professor fundador do Departamento de Psicologia da *University of Nevada*, Reno (USA). Autor de 41 livros e mais de 575 artigos científicos, este pesquisador tem demonstrado, através de suas pesquisas, de que forma a linguagem e os pensamentos levam ao sofrimento humano. Dr. Hayes tem sido presidente de diversas sociedades científicas e tem recebido prêmios tais como o *Lifetime Achievement Award* da *Association for Behavioral and Cognitive Therapy*.

Tiago Pires Tatton Ramos. Psicólogo e instrutor de *Mindfulness*. Mestre em Ciência da Religião pela UFJF/MG. Doutorando em Psicologia pela UFRGS/RS, onde é membro do Laboratório de Fenomenologia Experimental e Cognição (LaFEC). Sua pesquisa de tese investiga a eficácia de uma Intervenção Baseada em *Mindfulness* (MBI) para a promoção de qualidade de vida em cardiopatas isquêmicos. No ano de 2014, concluiu estágio de doutoramento no Instituto de Psiquiatria do *King's College* de Londres, junto à professora Ph.D. Tamara A. Russell, criadora do protocolo *Body in Mind Training*. Possui treinamentos de *Mindfulness* nos mais importantes centros da Argentina e da Inglaterra, incluindo o *Oxford Mindfulness Centre*. Na Inglaterra, é associado ao *Mindfulness Centre of Excellence* e, no Brasil, é um dos membros fundadores da Iniciativa *Mindfulness*, grupo que reúne acadêmicos e instrutores de *Mindfulness* certificados internacionalmente.

Vinícius Guimarães Dornelles. Psicólogo pela PUC/RS. Mestre em Psicologia pela PUC/RS, dentro da área de concentração de Cognição Humana. Formação em Terapias Baseadas em Evidências para o Transtorno da Personalidade Borderline pela FORO/ARG. Especialista em Terapias Cognitivo-Comportamentais. Coordenador do GEP (primeira e, atualmente, única equipe de Terapia Comportamental Dialética do Brasil), onde todos os integrantes possuem treinamento na condução da terapia individual, grupoterapia de habilidades, grupo de familiares, consultoria de terapeutas e intervenções ambientes (dentro do modelo da Terapia Comportamental Dialética). Desenvolve no GEP os papéis de terapeuta individual, coordenador do grupo de familiares e integrante da consultoria de terapeutas. Cursa o *Dialectical Behavior Therapy – Intensive Training (Behavioral Tech*/EUA e Foro/ARG). Coordenador do Curso de Formação em Terapias Cognitivo-Comportamentais de Terceira Geração do InTCC. Sócio do InTCC e Sócio da *International Society for the Study of Personality Disorders*.

Vitor Borges Friary. Psicólogo pela *Middlesex University*. Mestre em Psicologia Clínica com especialização em Terapia Cognitiva e Comportamental (TCC) e Terapia Cognitiva baseada em *Mindfulness* (MBCT) pela *London Metropolitan University*, ambas na Inglaterra, onde viveu e adquiriu experiência profissional por 12 anos. Possui experiência de pesquisa em Terapia Cognitiva baseada em *Mindfulness* e especialização em Terapia de Aceitação e Compro-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

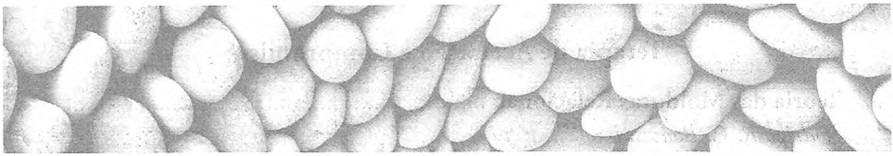
INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

misso, tendo participado em mais de 150 horas de treinamento no ACT *Summer Institute* da *Association for Contextual Behavioral Science* (ACBS). Foi residente em Psicologia no *Saint Thomas Hospital* em Londres, e atuou como Psicólogo no *Priory Hospital*, onde facilitou grupos de *Mindfulness* sob a supervisão da Profa. Pippa O'Connor do *North London Buddhist Centre*. Em 2011 assumiu o cargo de Supervisor Clínico e Psicoterapeuta do programa *Improving Acess to Psychological Therapies* do *National Health Service* (NHS), tendo realizado um treinamento de extensão em Supervisão Clínica no Institute of Psychiatry do *King's College London* (IoP). No Brasil, desde 2012 atua como colaborador de Pesquisa na Universidade Federal do Rio de Janeiro e trabalha em parceria com o Hospital Federal de Bonsucesso e com o Centro Integrado de Reabilitação (Neurologia e Ortopedia) no Rio de Janeiro. Professor no curso de Psicologia da UNIABEU. Membro do comitê de docentes da Associação de Terapias Cognitivas do Estado do Rio de Janeiro (ATC-RJ). Autor de publicações em revistas Britânicas (AXM, *Counselling Directory, OM Magazine*) e em Jornal Acadêmico (*Saúde e Desenvolvimento Humano*).

Víviam Vargas de Barros. Psicóloga e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Trabalhou na validação de dois instrumentos psicométricos que avaliam o nível de *mindfulness*: *Five Facet Mindfulness Questionnaire* e *Mindful Attention Awareness Scale*. Doutoranda no Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo, avaliando a efetividade do protocolo *Mindfulness-Based Relapse Prevention* para dependentes de benzodiazepínicos. Possui formação em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Núcleo de Estudo Interdisciplinar em Saúde Mental (NEISME). Possui certificação em *Mindfulness Based Relapse Prevention* (MBRP) pela Universidade da Califórnia (Escola de Medicina de San Diego) e Treinamento Avançado para Professores em MBRP pelo *Centre for Addiction Treatment Studies* (Warminster, Inglaterra). Integra o Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS) e do Mente Aberta (Centro Brasileiro de *Mindfulness* e Promoção da Saúde), tendo como principais temas de estudo o uso de substâncias e as intervenções baseadas em *mindfulness*, além de oferecer treinamentos de *Mindfulness* e MBRP para profissionais de saúde. Sócia-fundadora do website "Iniciativa *Mindfulness*" e do Centro Paulista de *Mindfulness*, onde conduz grupos de mindfulness e oferece *workshops* sobre a temática.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!



Sumário

Prefácio – A Terceira Geração da Terapia Cognitiva e Comportamental no Brasil e nos Demais Países de Língua Portuguesa 21
Steven C. Hayes e Jacqueline Pistorello

1 Primeira, Segunda e Terceira Geração de Terapias Comportamentais 29
Paola Lucena-Santos, José Pinto-Gouveia e Margareth da Silva Oliveira

Mindfulness e as Terapias Comportamentais e Cognitivo-Comportamentais

2 O Que é _Mindfulness_? 59
Tiago Pires Tatton Ramos

3 Semelhanças e Diferenças entre _Mindfulness_ e as Técnicas Cognitivas Tradicionais no Trabalho Psicoterapêutico 81
Bernard Rangé e Isabel Cristina Weiss de Souza

Redução de Estresse Baseada em _Mindfulness_

4 Programa de Redução de Estresse Baseado em _Mindfulness_ 104
Elisa Harumi Kozasa, Stephen Little e Isabel Cristina Weiss de Souza

Terapia Cognitiva Baseada em _Mindfulness_

5 Terapia Cognitiva Baseada em _Mindfulness_ 127
Marcelo Marcos Piva Demarzo, Víviam Vargas de Barros, e Marcelo Batista de Oliveira

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Terapia de Aceitação e Compromisso

6 **Teoria das Molduras Relacionais** 151
Rodrigo R. C. Boavista

7 **O Que é Terapia de Aceitação e Compromisso?** 179
Michaele Terena Saban

8 **Aplicabilidades da Terapia de Aceitação e Compromisso** 217
Vitor Friary

9 **O Modelo Matriz de Flexibilidade Psicológica** 250
Igor da Rosa Finger

10 **Escalas que Avaliam Construtos da Terapia de Aceitação e Compromisso e sua Disponibilidade Para Uso no Brasil** 273
Paola Lucena-Santos, José Pinto-Gouveia, Renata Klein Zancan e Margareth da Silva Oliveira

Psicoterapia Analítico-Funcional

11 **O Que é Psicoterapia Analítico-Funcional e Como Ela é Aplicada?** 310
Giovana Del Prette

12 **FACT: Integrando Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP) e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)** 343
Fabián Orlando Olaz

Terapia Focada na Compaixão

13 **O Que é Terapia Focada na Compaixão?** 376
Karen Vogel e Lina Sue Matsumoto

Ativação Comportamental

14 **Ativação Comportamental** 406
Paulo Roberto Abreu e Juliana Helena dos Santos Silvério Abreu

Terapia Comportamental Dialética

15 **Terapia Comportamental Dialética: Princípios e Bases do Tratamento** 440
Vinícius Guimarães Dornelles e Cristina Würdig Sayago

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

16 **Terapia Comportamental Dialética: Estrutura e Estratégias de Tratamento** 474
Cristina Würdig Sayago e Vinícius Guimarães Dornelles

Terapia Comportamental Integrativa de Casais

17 **Terapia Comportamental Integrativa de Casais** 506
Luc Vandenberghe

Materiais disponíveis em:
www.sinopsyseditora.com.br/fortctg
estão indicados nos rodapés.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Prefácio

A Terceira Geração da Terapia Cognitiva e Comportamental no Brasil e nos Demais Países de Língua Portuguesa

Steven C. Hayes e Jacqueline Pistorello

O Brasil tem sido, há longo tempo, um país ligado a intervenções psicológicas baseadas em evidências. Foi um dos primeiros a adotar a Terapia Comportamental e Análise do Comportamento, contribuindo, assim, para o avanço dessas áreas. Por exemplo, o falecido Fred Keller, amigo e aliado de longa data de B. F. Skinner, passou anos produtivos na Universidade de Brasília após sua aposentadoria da Universidade de Columbia, onde desenvolveu e testou o sistema personalizado de instrução lá existente.

Mesmo sociedades científicas brasileiras com foco generalizado, como a Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental (ABPMC), antes denominada Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental, têm tido uma longa e forte orientação comportamental, assim como associações científico-profissionais portuguesas, a exemplo da Associação Portuguesa de Terapia do Comportamento (APTC), fundada em 1984. A tradição cognitiva no Brasil é mais recente, mas também é robusta, conforme representada em sociedades como a Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Na última década, o campo da psicoterapia baseada em evidências vem passando por uma ampla reorganização em nível mundial. A Terceira Geração de intervenções

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

comportamentais e cognitivas (Hayes, 2004) está realmente exercendo um grande impacto no Brasil e na comunidade de língua portuguesa em geral. Esse impacto é, em parte, resultado do que nós estamos focando nas psicoterapias baseadas em evidências, mas também é resultado de como nós estamos pensando o nosso campo e suas diferenças teóricas.

Conforme poderá ser observado no Capítulo 1 desta obra e em outros lugares, a Terapia Comportamental possuía dois compromissos primários quando emergiu: o compromisso com intervenções cuidadosamente definidas e empiricamente testadas; e o compromisso de relacionar as intervenções psicológicas a princípios básicos. Os primeiros terapeutas comportamentais rejeitaram conceitos, teorias e tecnologias clínicas mal especificados, vagamente argumentados ou pouco pesquisados.

Entretanto, logo se tornou evidente que a Terapia Comportamental não possuía uma maneira coerente e potente de lidar com a cognição humana. Assim, a primeira onda da Terapia Comportamental, baseada diretamente em princípios clássicos de aprendizagem, foi dando lugar à Segunda Onda de Terapia Comportamental e Cognitiva conforme os conceitos cognitivos foram sendo trazidos para o centro da psicoterapia comportamental. Essa transição, de alguma forma, ocorreu mais tarde no Brasil (p. ex., a maior sociedade brasileira de Terapia Cognitiva, a FBTC, começou somente em 1998), em parte porque a tradição comportamental foi muito forte e em parte porque os conceitos comportamentais foram usados de uma forma mais flexível no Brasil para lidar com o fenômeno cognitivo.

O crescimento da "Terapia Cognitivo-Comportamental" (TCC), independentemente do fator tempo, envolveu mais do que a simples disponibilidade de focar a cognição. Uma vez que não existia nenhuma abordagem da cognição humana para prover o mesmo tipo de orientação para intervenções cognitivas que os princípios comportamentais forneciam para as intervenções comportamentais, os terapeutas desenvolveram teorias cognitivas baseadas na clínica. Assim, a segunda geração foi muito mais geral em seu uso de teoria e princípios.

A segunda geração de TCC tem sido um sucesso notável, e, de área-problema a área-problema, clínicos empíricos têm demonstrado a

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

utilidade da TCC em pesquisas controladas. Existem resultados de estudos bem desenhados de TCC, tanto no Brasil como em outras partes da comunidade global de língua portuguesa. Entretanto, parte desse sucesso decorre do fato de que o campo da psicoterapia baseada em evidências e da TCC começou a incorporar ensaios clínicos randomizados de programas focados em síndromes. Esse foi considerado o modelo primário de desenvolvimento de conhecimento nos cuidados baseados em evidências. A isso se seguiu um enorme aumento nos financiamentos científicos desses ensaios.

Por outro lado, algumas anomalias começaram a surgir, o que levou a questionamentos acerca da ideia central de que a mudança no conteúdo cognitivo era uma peça-chave para que houvesse mudanças clínicas. Análises amplas de componentes chegaram à conclusão perturbadora de que "não há benefícios adicionais em adicionar intervenções cognitivas na Terapia Cognitiva" (Dobson & Khatri, 2000, p. 913). Análises mediacionais desenhadas para testar modelos cognitivo-comportamentais tiveram dificuldades de mostrar suporte empírico (Longmore & Worrell, 2007).

Gradualmente, a Terceira Geração de intervenções cognitivas e comportamentais foi emergindo dentro do escopo comportamental e cognitivo, encontrando uma maneira de abordar essas áreas problemáticas. Todas essas abordagens de terceira onda fazem parte da presente obra. Elas incluem algumas inovações terapêuticas como a Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 1993), Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), Psicoterapia Analítico-Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991), Terapia Comportamental Integrativa de Casais (Jacobsen & Christensen, 2002), e Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), dentre outras.

Métodos desenhados na Primeira Geração de Terapia Comportamental, como a Ativação Comportamental, foram revitalizados com assunções que se encaixam nas ideias de Terceira Geração, aparecendo em novas e robustas formas (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001). De modo mais ou menos similar, métodos desenhados a partir de tradições espirituais e meditativas foram manualizados e desenhados dentro

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

de intervenções baseadas em evidências, incluindo *mindfulness* (ou atenção plena) e métodos de práticas contemplativas de todos os tipos, como o Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* (Kabat-Zinn, 1994) e a Terapia Focada na Compaixão (Gilbert, 2009).

A Terceira Geração de Terapias Cognitivas e Comportamentais, considerando suas assunções e ideias centrais, foi caracterizada da seguinte forma:

> Enraizada em uma abordagem empírica e focada em princípios, a terceira onda de terapia comportamental e cognitiva é particularmente sensível ao contexto e às funções dos fenômenos psicológicos, não somente nas suas formas, e assim tende a enfatizar estratégias de mudança contextuais e experienciais em adição às estratégias mais diretas e didáticas. Estes tratamentos tendem a buscar a construção de repertórios amplos, flexíveis e efetivos acima de uma abordagem eliminativa de problemas estreitamente definidos, e a enfatizar a relevância dos problemas tanto para os clientes como para os clínicos. (Hayes, 2004, p. 658)

Essas são caracterizações muito amplas e não há uma linha divisória clara entre as várias "gerações" de psicoterapias baseadas em evidências e TCC. Isso, na verdade, é uma coisa boa. Os terapeutas comportamentais de Primeira Geração sofreram quando a Segunda Geração emergiu, e, em retrospectiva, nós podemos ver que, algumas vezes, as inovações de Segunda Geração foram demasiadamente promovidas. Enquanto as inovações de Terceira geração entram na corrente principal da Terapia Comportamental e Cognitiva, não é sábio criar disrupções desnecessárias. De forma recíproca, também não é sábio fazer de conta que "isto é a mesma coisa que nós temos feito há muito tempo". Isto não é. Isto é um passo adiante, baseado nos progressos e nas conquistas passadas.

A presente obra é a primeira que cobre verdadeiramente uma ampla variedade de tratamentos de Terceira Geração em um livro terapêutico original em português, elaborado por três organizadores (dois brasileiros e um português). Um dos organizadores é coordenador do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Universidade de Coimbra, que tra-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

balha com projetos de pesquisa na área de Terapias Comportamentais de Terceira Geração há mais de 10 anos. O livro foi cuidadosamente desenvolvido para incluir tanto inovações advindas do escopo cognitivo e comportamental quanto aquelas oriundas das tradições de *mindfulness* de forma mais geral. Os autores dos capítulos, frequentemente treinados em diversas partes do mundo, são indivíduos dedicados e altamente qualificados que estão implementando, estudando, ensinando ou disseminando essas abordagens de ponta no Brasil e em outros países de língua portuguesa. Muitos dos autores têm adaptado essas abordagens e, com frequência, traduzem materiais e instrumentos de avaliação para a língua portuguesa, com os benefícios adicionais de *insights* sobre as diferenças culturais.

O livro fornecerá uma valiosa introdução sobre a Terceira Geração e tratamentos baseados em *mindfulness* para o leitor iniciante, mas também satisfará o apetite de leitores intermediários e avançados por comparações entre tratamentos, recentes inovações tecnológicas, informações sobre ferramentas e dispositivos de avaliação disponíveis em português e desenvolvimentos de teoria básica, como a Teoria das Molduras Relacionais (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001). Como tal, este é um livro impressionantemente amplo, que dá o devido peso a uma ampla variedade de abordagens, conceitos, ferramentas e técnicas. Esta obra, muito provavelmente, será um impulsionador para a disseminação das abordagens de *mindfulness* e de Terceira Geração nos países de língua portuguesa.

O que une esses novos métodos, mais do que qualquer outra coisa, é um reexame baseado em princípios acerca da importância do contexto para as funções de conteúdos psicológicos difíceis na psicopatologia. Tal abordagem espera reunir as tradições. Os novos métodos focam como as pessoas se relacionam com seus próprios pensamentos, sentimentos e comportamentos. Aconteça o que acontecer, daqui para a frente, já está claro que o questionamento de assunções básicas por parte de teóricos de terceira geração, bem como a inovação dos desenvolvedores de tratamentos baseados em *mindfulness* e de Terceira Onda, têm alterado de forma fundamental o panorama teórico e prático dos tratamentos baseados em evidência ao redor do mundo.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Uma característica muito importante deve ser salientada ao examinar esses métodos em um contexto brasileiro e português. O Brasil não é somente o maior país em termos territoriais da América do Sul, ele é também um país incrivelmente diversificado. Tal diversidade é ainda mais óbvia quando toda a comunidade de países de língua portuguesa é considerada. Duas das características mais importantes dos métodos de terceira geração são que eles são mais contextuais e focados nos princípios e processos direcionados a pessoas e seus problemas e desejos de felicidade do que em pacotes de síndromes. Esse foco no processo torna mais fácil imaginar maneiras de superar a divisão comportamental e cognitiva. Da mesma forma, parece ser mais fácil encaixar conceitos de terceira geração em diferentes culturas, por meio de diferentes métodos, para problemas enfrentados por pessoas advindas de diferentes realidades socioeconômicas, ou para a extensão que vai de um foco no problema a um foco positivo e revitalizador. Como tal, nós temos a esperança de que métodos de terceira geração venham a atingir os pobres e minorias étnicas ou a abordar de maneira mais efetiva os problemas diários de ordem social e cultural. Em grande parte, esses métodos – conforme refletidos na própria organização deste livro – parecem estar reduzindo o desnecessário conflito entre as perspectivas comportamentais e cognitivas.

Nós não podemos simplesmente permitir que a psicologia baseada em evidências signifique psicoterapia para aqueles que podem ter acesso semanal a horas psicoterápicas de 50 minutos e pagar por isso. Nós também não podemos permitir que sociedades profissionais lutem incessantemente a favor de modelos e métodos em vez de aprofundarem-se nos processos-chave e de importância para as pessoas. Este livro nos ajuda a ver um tipo diferente de futuro em ambas as áreas.

Nativos da língua portuguesa têm tido uma longa tradição de ciência comportamental e psicológica ligada a matérias de justiça social. Nós temos a esperança de que, conforme o trabalho da terceira geração for sendo construído no Brasil e nos demais países de língua portuguesa, ele vá assumindo a liderança em ajudar o mundo inteiro a melhor compreender o uso desses métodos para promover a justiça social e a prosperidade humana. Nós também temos a esperança de que a comu-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

nidade de língua portuguesa venha a ajudar a reduzir barreiras desnecessárias entre teorias e perspectivas concorrentes, de forma que os dados, e não as posturas profissionais ou políticas, sejam o centro do progresso. Assim, este livro é o início de um processo que nós esperamos que continue tendo relevância por muitos e muitos anos.

REFERÊNCIAS

Dobson, K. S. & Khatri, N. (2000). Cognitive therapy: Looking backward, looking forward. *Journal of Clinical Psychology, 56,* 907-923.

Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*: A new approach to facing the challenges of life. London: Constable Robinson.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy, 35,* 639-665

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001) (Eds.), *Relational Frame Theory*: A Post-Skinnerian account of human language and cognition. New York: Plenum Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press.

Jacobson, N. S. & Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy*: Promoting acceptance and change. New York: Norton.

Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science & Practice, 8,* 255-270.

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are*: Mindfulness meditation in everyday life. New York: Hyperion.

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.

Longmore, R. J., & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, 27, 173-187.

Segal, Z. J., Williams, M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*: A new approach to preventing relapses. New York: Guilford Press.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

1 Primeira, Segunda e Terceira Geração de Terapias Comportamentais

Paola Lucena-Santos, José Pinto-Gouveia e Margareth da Silva Oliveira

Construímos muros demais e pontes de menos/
We build too many walls and not enough bridges.

Isaac Newton

É inegável que o movimento da Terapia Comportamental fundou uma nova fase na psicologia clínica, rompendo com a prática psicológica dominante da época e instaurando a utilização de uma terapia embasada cientificamente (Álvarez, 2006). Desde suas origens, a abordagem é caracterizada pelo estudo do comportamento humano de forma objetiva e racional, com rigor científico e com o desenvolvimento de leis de aprendizagem que sejam validadas empiricamente (Mañas, 2007). Os comportamentalistas defendiam que as teorias deveriam ser construídas a partir de princípios básicos bem estabelecidos do ponto de vista científico, e que as tecnologias utilizadas deveriam ser bem especificadas e testadas (Hayes, 2004). Assim, o movimento instaurou um foco na promoção de saúde mental através da observação, predição e modificação comportamental (Skinner, 1953).

Este capítulo apresenta um panorama histórico da primeira, segunda e terceira geração de Terapias Comportamentais, abordando aspectos referentes às terminologias utilizadas, origem, evolução e focos clínicos das referidas abordagens.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- O movimento da Terapia Comportamental instaurou a utilização de terapias embasadas cientificamente.
- A abordagem é caracterizada pelo estudo do comportamento humano e pelo desenvolvimento de leis de aprendizagem sob uma perspectiva empírica.
- Os comportamentalistas defendiam que as tecnologias utilizadas deveriam ser bem especificadas e testadas.

DESENVOLVIMENTO DA ABORDAGEM

Neste ponto o leitor pode se perguntar: "O que impulsionou o desenvolvimento do movimento da Terapia Comportamental?".

A primeira geração da Terapia Comportamental foi, ao menos em parte, uma movimentação contra as concepções clínicas predominantes na época, visto que estas eram pouco relacionadas com princípios básicos cientificamente testados. As especificações das intervenções utilizadas eram muito vagas, havendo fracas evidências científicas que demonstrassem o impacto positivo dessas intervenções. Assim, as duas correntes comportamentalistas da época, o neobehaviorismo e a análise do comportamento, ambas fortemente embasadas cientificamente, se uniram contra os paradigmas clínicos predominantes (Hayes, 2004). Em outras palavras, a Terapia Comportamental se contrapôs à subjetividade e à ineficácia na psicoterapia (Braga & Vandenbergue, 2006), e passou a ser largamente desenvolvida em resposta à fraqueza percebida na teoria e na prática psicanalítica. Assim, o comportamentalismo apontou a fraqueza científica das tradições clínicas existentes e realizou esforços de mudanças de primeira ordem empiricamente estudados, os quais estavam relacionados a princípios comportamentais que tinham como alvo aspectos clinicamente relevantes (Hayes, 2004).

É importante ressaltar que, apesar de os trabalhos experimentais sobre aprendizagem terem sido conduzidos desde o início do século XX, marcando o surgimento da Terapia Comportamental Contemporânea, a abordagem só começou a ganhar força e a ser efetivamente levada a

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

sério na década de 1950, por meio dos esforços de Hans Eysenck, que desempenhou um importante papel dentro do movimento. Eysenck examinou a efetividade das chamadas *terapias de insight* (sendo a psicanálise a mais conhecida) por meio de registros de hospitais e de companhias de seguro. Seu estudo concluiu que as pessoas tratadas com terapias de *insight* não tinham maior probabilidade de melhoras do que aquelas que não recebiam tratamento algum. Dessa forma, Eysenck observou e disseminou a ideia de que os tratamentos psicoterápicos da época não possuíam evidências de eficácia. Tal conclusão despertou nos psicoterapeutas a busca por alternativas mais efetivas, sendo que a melhor alternativa era a Terapia Comportamental (Spiegler & Guevremont, 2010; Eysenck, 1952).

Retomando:

- A primeira geração da Terapia Comportamental foi uma movimentação contra as concepções clínicas predominantes na época.
- As duas correntes comportamentalistas da época, o neobehaviorismo e a análise do comportamento, se uniram contra os paradigmas clínicos predominantes.
- A Terapia Comportamental foi largamente desenvolvida em resposta à fraqueza percebida na teoria e na prática psicanalítica.
- Os trabalhos experimentais sobre aprendizagem foram conduzidos desde o início do século XX, marcando o surgimento da Terapia Comportamental Contemporânea.
- A abordagem só começou a ganhar força e a ser efetivamente levada a sério na década de 1950, por meio dos esforços de Hans Eysenck.
- Eysenck observou e disseminou a ideia de que os tratamentos psicoterápicos da época não possuíam evidências de eficácia, o que despertou nos psicoterapeutas a busca por alternativas mais efetivas.

Antes de uma explanação mais detalhada das três gerações do movimento comportamental, convém esclarecer o emprego da terminologia "Terapia Comportamental" e "Terapia Cognitivo-Comportamental".

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

TERMINOLOGIAS: TERAPIA COMPORTAMENTAL OU TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL?

A Terapia Comportamental é frequentemente chamada na literatura como *Terapia de Modificação do Comportamento* e *Terapia Cognitivo-Comportamental*. Muitos terapeutas distinguem os termos, mas tais distinções não são padronizadas (Martin & Pear, 2007; Wilson, 1978).

Herbet e Forman (2011), por exemplo, utilizam o termo *Terapia Cognitivo-Comportamental* (TCC) para se referir a todo o movimento de Terapias Comportamentais. Os autores ressaltam que o termo se tornou tão amplo que é difícil encontrar uma definição clara, uma vez que diversas teorias, modelos, princípios e técnicas estão contemplados pela TCC. Adicionalmente, esses pesquisadores enfatizam que, assim como as demais disciplinas científicas, a TCC possui caráter dinâmico, uma vez que está continuamente e inevitavelmente evoluindo. Isso porque existe um reconhecimento geral de que as abordagens atuais são imperfeitas, e que mesmo as nossas melhores teorias estão incompletas, embora ainda não saibamos precisamente de que forma. Hoffmann e Asmundson (2008) utilizam o termo TCC de forma ampla, incluindo o trabalho cognitivo-comportamental que utiliza estratégias baseadas em aceitação, chegando a utilizar a denominação "TCC enriquecida" para se referir à utilização de tais estratégias por parte dos terapeutas cognitivo-comportamentais.

Por outro lado, na opinião de Spiegler e Guevremont (2010), o termo *Terapia Comportamental* é o mais apropriado para se referir a todo o campo de estudos que inclui as chamadas "três gerações", uma vez que o termo *Terapia Cognitivo-Comportamental* é utilizado por muitos pesquisadores e clínicos para se referir especificamente a tratamentos que incluem estratégias de reestruturação cognitiva. Os autores afirmam que não existe uma definição geral que possa descrever de forma adequada e concisa o que é Terapia Comportamental (no seu sentido mais amplo), porém salientam que essa abordagem possui temas e características centrais, sendo considerada:

1) *Científica*: possui o compromisso com uma abordagem científica precisa, avaliada e suportada empiricamente.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

2) *Ativa*: os pacientes devem fazer algo para lidar com seus problemas e não somente falar sobre eles. A Terapia Comportamental é uma terapia de ação, tanto dentro da sessão como fora dela, através do uso de tarefas de casa.
3) *Focada no presente*: os terapeutas comportamentais partem da premissa de que os problemas dos clientes que ocorrem no presente são influenciados por condições do presente. Assim, os procedimentos empregados visam à mudança de fatores atuais que estão afetando os comportamentos dos clientes.
4) *Focada na aprendizagem*: a ênfase na aprendizagem é um fator distintivo da terapia comportamental, que assume que a maioria dos problemas comportamentais é desenvolvida, mantida e mudada primariamente através da aprendizagem. Um forte componente educacional está presente, e o desenvolvimento de algumas abordagens dentro desse campo foi originalmente embasado em princípios básicos e em teorias de aprendizagens (e. g., condicionamentos clássico e operante, os quais serão abordados neste capítulo).
5) *Individualizada*: as circunstâncias específicas perante as quais os problemas ocorrem e as características pessoais dos clientes são levadas em alta consideração na terapia comportamental.
6) *Progressiva*: frequentemente se move do mais simples ao mais complexo, do mais fácil ao mais difícil, ou do menos ao mais ameaçador.
7) *Breve*: a abordagem é relativamente breve, envolvendo menos sessões e, frequentemente, menos tempo global do que muitos outros tipos de terapia. A duração do tratamento varia conforme a complexidade e a severidade do problema que está sendo tratado. Geralmente, a duração será maior quanto mais complexo e severo o problema for.

Em concordância com Spiegler e Guevremont (2010), Hayes, Masuda e Mey (2003) empregam o termo *Terapia Comportamental* de forma ampla para se referir à Terapia Comportamental tradicional, à Terapia Comportamental tradicional, Análise Clínica do Comportamento,

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Terapia Cognitivo-Comportamental, Terapia Cognitiva e às Terapias de Terceira Geração.

Nesse sentido, o termo "Terapia Comportamental" é empregado de forma genérica para se referir a uma ampla variedade de técnicas que podem ser utilizadas para tratar de problemas psicológicos, assim como para se referir à análise comportamental e à combinação de tal análise com a prática psicoterápica. De forma geral, seus métodos focam somente os comportamentos, ou uma combinação dos comportamentos com pensamentos e sentimentos.

Neste capítulo, optamos por adotar o termo Terapia Comportamental para se referir às três fases do movimento.

Retomando:

- A Terapia Comportamental é frequentemente chamada na literatura como *Terapia de Modificação do Comportamento* e *Terapia Cognitivo-Comportamental*. Apesar de muitos terapeutas e pesquisadores distinguirem os termos que utilizam, ainda não há definições padronizadas.
- Alguns autores utilizam o termo *Terapia Cognitivo-Comportamental* para se referir a todo o movimento de *Terapias Comportamentais* (incluindo o movimento de terceira onda), enquanto outros julgam como mais apropriado o termo Terapia Comportamental, uma vez que o termo *Terapia Cognitivo-Comportamental* é frequentemente utilizado para se referir a tratamentos que incluem estratégias de reestruturação cognitiva.
- Não existe uma definição geral que possa descrever de forma concisa e adequada o que é Terapia Comportamental (no seu sentido mais amplo), porém é considerada uma abordagem científica, ativa, individualizada, progressiva, breve, focada no presente e na aprendizagem.
- O termo Terapia Comportamental é empregado de forma ampla para se referir à Terapia Comportamental tradicional, Análise Clínica do Comportamento, Terapia Cognitivo-Comportamental, Terapia Cognitiva e às Terapias de Terceira Geração.

Mas, de onde surgiu a proposta de classificação do movimento em "gerações" ou "ondas"?

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO EM TRÊS GERAÇÕES

Steven Hayes é considerado o grande difusor da ideia de evolução da Terapia Comportamental em três gerações sucessivas, e tem recebido crescente apoio da comunidade científica, apesar desse tema não estar livre de controvérsias.

O termo "Terapias de Terceira Geração" se refere a um conjunto de terapias que emergiu nos anos de 1990 dentro da tradição da terapia comportamental (Pérez-Álvarez, 2012), ainda que tal denominação só viesse a ser dada em 2004. Dentre as terapias de terceira geração, as primeiras que tiveram um nome específico foram a Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, McCurry, Afari, & Wilson, 1991), a Psicoterapia Analítico-Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991) e a Terapia Comportamental Dialética (Linehan, 1993). Assim, "Terceira geração" é um termo relativamente recente, uma vez que foi difundido em grade parte pelo trabalho de Hayes, publicado em 2004, intitulado *Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies* (Hayes, 2004), no qual o autor propõe a existência de três ondas sucessivas da Terapia Comportamental, as quais representam assunções, métodos e objetivos dominantes do movimento.

Considerando o grande número de terapias emergentes juntamente com a dificuldade de incluí-las em alguma das classificações então existentes, Steven Hayes emprega a expressão "Terceira onda de Terapias Comportamentais", para se referir a um grupo específico de terapias comportamentais emergentes que compartilham elementos comuns (Hayes, et al., 2004). A terceira onda de terapia comportamental emergiu a partir das gerações anteriores. Dessa forma, a terceira geração reformula e sintetiza as gerações prévias, além de direcioná-las para temas e domínios previamente valorizados por outras tradições terapêuticas, buscando melhorar seus resultados (Hayes, 2004). Essas novas intervenções se aventuraram em áreas tradicionalmente consideradas como menos empíricas no âmbito do trabalho clínico, enfatizando tópicos como *mindfulness*, desfusão cognitiva, aceitação, valores de vida, entre outros. Em relação aos aspectos filosóficos, elas possuem caráter contextual, e no que tange às estratégias de mudança, são enfatizadas tanto as

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

mudanças de primeira como as de segunda ordem (Hayes, Masuda, & Mey, 2003).

Segundo Hayes (2004), dentre as principais razões que suportam uma nova onda de terapias comportamentais estão as irregularidades identificadas na segunda geração e as mudanças filosóficas, conforme especificado no Quadro 1.1.

Quadro 1.1 Razões que suportam uma nova "onda" de terapias comportamentais*

Irregularidades: de acordo com a segunda onda, as limitações dos métodos comportamentais e dos modelos de condicionamentos eram superadas pela adição de métodos e de modelos cognitivos de mudança. Havia a ideia central de que a mudança cognitiva abordada de maneira direta era necessária, ou mesmo considerada como um método primário para a melhora clínica. Entretanto, foram verificadas irregularidades em alguns estudos como:

1) No caso da depressão, não foram observados benefícios adicionais ao implementar as intervenções cognitivas;
2) Respostas clínicas observadas na terapia cognitiva tradicional, com frequência, ocorriam antes de os aspectos presumidamente "chaves" terem sido implementados de forma adequada; e
3) Os suportes empíricos para os mediadores de mudança terapêutica da terapia cognitiva são irregulares.

Mudanças filosóficas: de acordo com o prisma da segunda onda, se um pensamento em particular é identificado como estando associado a um tipo de desajustamento, o conteúdo desse pensamento, em geral, é alvo direto das intervenções. Assim, falhas lógicas do seu conteúdo podem ser identificadas, sua verdade pode ser testada e pensamentos alternativos podem ser construídos e treinados. Tais intervenções supõem que a forma ou a frequência do pensamento está diretamente associada a efeitos emocionais ou comportamentais. Com o passar do tempo, diversos pesquisadores clínicos começaram a pensar em termos de modelos e abordagens de tratamentos gerais que englobem não só uma análise empírica e estratégias de mudança de primeira ordem, mas também de segunda ordem. Assim, gradualmente, novas ideias e inovações foram surgindo, com um foco mais contextual em detrimento de uma simples abordagem eliminativa, buscando a alteração das funções dos eventos e não necessariamente das suas formas. Essa mudança minou a suposição de que a forma ou a frequência de determinados pensamentos problemáticos são aspectos-chave. Tornou-se mais importante o contexto psicológico no qual as cognições ocorrem.

Fonte: Elaborado a partir de Hayes (2004).

* Disponível em www.sinopsyseditora.com.br/fortctg.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

A amplitude atual das mudanças e o desvio dos pressupostos centrais das gerações anteriores sugerem o início de uma nova geração de terapia cognitiva e comportamental (Hayes, 2004).

Retomando:

- Steven Hayes é considerado o grande difusor da ideia de evolução da Terapia Comportamental em três gerações sucessivas.
- O termo "Terapias de Terceira Geração" se refere a um conjunto de terapias que emergiu nos anos de 1990 dentro da tradição da terapia comportamental.
- Dentre as terapias de terceira geração, as primeiras que tiveram um nome específico foram a Terapia de Aceitação e Compromisso, a Psicoterapia Analítico-Funcional e a Terapia Comportamental Dialética.
- O termo "Terceira geração" é relativamente recente, uma vez que foi difundido em grade parte pelo trabalho de Hayes, publicado em 2004, intitulado *Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies*.
- Segundo a perspectiva de Steven Hayes, a terceira onda de terapia comportamental emergiu a partir de ambas as gerações anteriores, que foram reformuladas, sintetizadas e direcionadas a temas e domínios previamente valorizados por outras tradições terapêuticas.
- A terceira geração, no que tange aos aspectos filosóficos, possui caráter contextual, e no que tange às estratégias de mudança, são enfatizadas tanto as mudanças de primeira como as de segunda ordem.
- Dentre as principais razões que suportam uma nova onda de terapias comportamentais estão as irregularidades identificadas na segunda geração e as mudanças filosóficas.

Após abordarmos a origem da classificação em três "ondas" ou "gerações", convém falarmos um pouco acerca da adoção de tal classificação por pesquisadores e terapeutas da área.

NOTA SOBRE O CONSENSO ACERCA DA CLASSIFICAÇÃO DAS NOVAS ABORDAGENS

É inegável que a última década testemunhou um notável aumento de interesse em teorias e abordagens clínicas baseadas em aceitação e

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

mindfulness, não só por parte de cientistas, mas também por parte de estudantes e clínicos. Esses novos desenvolvimentos mudaram drasticamente o campo de terapias cognitivo-comportamentais (Herbert & Forman, 2011).

Entretanto, a classificação das novas abordagens como "terceira onda" não estão livres de controvérsias (Herbert & Forman, 2011). Sobre esse assunto, diversos estudiosos opinam que realmente se trata de uma revolução na qual o proceder habitual da TCC é questionado (Pareja, 2010), enquanto críticos da terceira onda defendem que tal classificação superestima a distinção desses novos desenvolvimentos em relação às teorias já estabelecidas. Tais críticos reconhecem o crescente interesse e a possível utilidade clínica das novas abordagens ao mesmo tempo em que acreditam que elas não são fundamentalmente distintas das abordagens já existentes (Arch & Craske, 2008; Hofmann & Asmunsdon, 2008; Hofmann, Sawer, & Fang, 2010; Pareja, 2010).

A este respeito Herbert e Forman (2011) argumentam que a análise de Hayes não tem como objetivo representar a "verdade" e que, em última análise, a divisão em três gerações demarcadas por períodos históricos que incluem eventos contemporâneos não é sábia, uma vez que pode estar enviesada. Segundo os autores, uma perspectiva menos enviesada e prematura só será possível com o passar do tempo.

Retomando:

- A última década testemunhou um notável aumento de interesse em teorias e abordagens clínicas baseadas em aceitação e *mindfulness* que mudaram drasticamente o campo de terapias cognitivo-comportamentais.
- A classificação das novas abordagens como "terceira onda" não estão livres de controvérsias.
- Diversos estudiosos opinam que realmente se trata de uma revolução na qual o proceder habitual da TCC é questionado, enquanto críticos da terceira onda defendem que tal classificação superestima a distinção desses novos desenvolvimentos em relação às teorias já estabelecidas.

Dito isso, passaremos para uma explanação histórica acerca da origem e evolução do movimento das terapias comportamentais.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

PRIMEIRA GERAÇÃO: ASPECTOS HISTÓRICOS[1]

No início do século XX, um fisiologista russo chamado Ivan Pavlov forneceu a primeira explicação sistemática daquilo que passou a ser chamado de *condicionamento clássico* ou *condicionamento Pavloviano*.

Pavlov (1927) realizou um experimento com cachorros, o qual é sistematicamente descrito para a explicação do condicionamento clássico. Nesse experimento, um *estímulo neutro* (que não elicia nenhum tipo de resposta em particular, como uma luz ou um sino, por exemplo) é repetidamente apresentado com um estímulo que naturalmente elicia determinada resposta (e. g., comida, que produz salivação), até o ponto em que o estímulo que antes era neutro passe a produzir sozinho a salivação (passando a ser chamado de *estímulo condicionado*).

O trabalho de Pavlov forneceu material escrito sobre a aplicação de procedimentos de aprendizagem no tratamento de transtornos psicológicos e influenciou o psicólogo experimental John Watson, considerado o fundador do behaviorismo. O Behaviorismo de Watson enfatizava a importância da objetividade nos estudos dos comportamentos, os quais deveriam ser feitos somente com estímulos e respostas passíveis de observação direta. Em 1924, Mary Cover Jones, uma aluna de Watson, tratou com êxito um menino de três anos chamado Peter, por meio de dois procedimentos terapêuticos que, após refinados, deram origem às atuais técnicas de modelagem e dessensibilização *in vivo* (largamente utilizadas no tratamento comportamental de fobias).

Ao mesmo tempo em que Pavlov estudava o condicionamento clássico, o psicólogo Edward Thorndike investigava o fortalecimento e o enfraquecimento de comportamentos por meio da modificação de suas consequências, como o reforço e a punição. Esse tipo de aprendizagem passou a ser chamado de *condicionamento operante* ou *instrumental*.

Na década de 1930, o fisiologista Edmund Jacobson estudava o relaxamento muscular como um tratamento para a tensão associada a uma vasta gama de desordens psicológicas e físicas. Atualmente, o rela-

[1] A referência básica utilizada na elaboração desta sessão foi a de Spiegler e Guevremont (2010).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

xamento progressivo de Jacobson é a base para o uso do relaxamento muscular na Terapia Comportamental.

Conforme dito anteriormente, apesar de os esforços da Terapia Comportamental terem se mostrado sistematicamente efetivos, só foram impulsionados na década de 1950, com o estudo retrospectivo de Eysenck. Na mesma década, houve o início formal da Terapia Comportamental, o qual ocorreu de forma simultânea nos Estados Unidos, na África do Sul e na Grã-Bretanha.

Na América do Norte, a Terapia Comportamental se desenvolveu por meio dos esforços do psicólogo B. F. Skinner, sobre o condicionamento operante, e de seus seguidores (e. g., Lindsley, Ayllon, Azrin), os quais aplicaram os princípios operantes no âmbito terapêutico.

Enquanto isso, na África do Sul, o psiquiatra Joseph Wolpe desenvolveu diversas técnicas, sendo a dessensibilização sistemática a mais notável. Arnold Lazarus e Stanley Rachman, treinados por Wolpe, também desempenharam um importante papel, sendo o de Lazarus mais voltado a estender os limites da Terapia Comportamental. Em 1966, Lazarus praticou e ensinou Terapia Comportamental nos Estados Unidos. Rachman, que havia trabalhado com Lazarus na África do Sul, emigrou para a Grã-Bretanha em 1959, onde trabalhou perto de Eysenck e introduziu a dessensibilização sistemática para os terapeutas comportamentais britânicos, tornando-se um dos principais disseminadores e pesquisadores da Grã-Bretanha. Na Grã-Bretanha, o desenvolvimento da Terapia Comportamental foi encabeçado por Eysenck.

É importante ressaltar que, embora o comportamentalismo tenha suas origens na América no Norte, na África do Sul e na Grã-Bretanha, hoje, encontra-se disseminado ao redor do mundo.

Retomando:

- No início do século XX, um fisiologista russo chamado Ivan Pavlov forneceu a primeira explicação sistemática daquilo que passou a ser chamado de *condicionamento clássico* ou *condicionamento Pavloviano*.
- O trabalho de Pavlov influenciou o psicólogo experimental John Watson, considerado o fundador do behaviorismo.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

- O Behaviorismo de Watson enfatizava a importância da objetividade nos estudos dos comportamentos, os quais deveriam ser feitos somente com estímulos e respostas passíveis de observação direta.
- Edward Thorndike investigou o fortalecimento e o enfraquecimento de comportamentos por meio da modificação de suas consequências, como o reforço e a punição. Esse tipo de aprendizagem passou a ser chamado de *condicionamento operante* ou *instrumental*.
- Na década de 1930, o fisiologista Edmund Jacobson estudava o relaxamento muscular e, atualmente, o relaxamento progressivo de Jacobson é a base para o uso do relaxamento muscular na Terapia Comportamental.
- Apesar de os esforços da Terapia Comportamental terem se mostrado sistematicamente efetivos, somente foram impulsionados na década de 1950, a partir dos resultados do estudo retrospectivo de Eysenck.
- A década de 1950 marcou o início formal da Terapia Comportamental, o qual ocorreu de forma simultânea nos Estados Unidos, na África do Sul e na Grã-Bretanha.
- Atualmente, o comportamentalismo encontra-se disseminado ao redor do mundo.

PRIMEIRA GERAÇÃO: ASPECTOS CLÍNICOS

A primeira fase do movimento da Terapia Comportamental foi embasada em princípios de aprendizagem cuidadosamente desenhados, muitos dos quais foram desenvolvidos e refinados por meio de trabalhos experimentais com animais. O foco do trabalho era a modificação do comportamento através da utilização de técnicas derivadas de princípios do condicionamento clássico, também chamado de condicionamento Pavloviano (aprendizado estímulo-resposta, com ênfase nas causas ambientais ou contextuais), e do condicionamento operante ou skinneriano (Herbert & Forman, 2011; Hayes, Masuda & Mey, 2003; Álvarez, 2006). As conhecidas técnicas de dessensibilização sistemática (Wolpe) e de exposição (Eysenck), por exemplo, foram desenvolvidas a partir do condicionamento clássico (Álvarez, 2006).

No que diz respeito ao trabalho clínico, a primeira onda focava diretamente as emoções e os comportamentos problemáticos, utilizando-se de condicionamentos e princípios comportamentais. O risco des-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

se foco, do ponto de vista clínico, é que ele pode trazer uma visão mais estreita do paciente (Hayes, 2004). Conforme aponta Hayes (2004), os conceitos humanísticos e analíticos são clinicamente ricos e foram desenhados para abordar aspectos humanos fundamentais, como o que as pessoas querem de suas vidas ou as dificuldades da vida humana. Neste ponto do tempo, porém, os propósitos básicos dos conceitos humanísticos e analíticos acabaram sendo postos de lado, muito em virtude do fato de ainda se tratarem de conceitos vagos. Uma vez que as décadas de 1950 e 1960 constituem o auge do pensamento mecanicista dentro do comportamentalismo, pouca ênfase era dada à relação terapêutica (Braga & Vandenbergue, 2006).

Retomando:

- A primeira fase do movimento da Terapia Comportamental foi embasada em princípios de aprendizagem, muitos desenvolvidos e refinados por meio de trabalhos experimentais com animais.
- O foco do trabalho era a modificação do comportamento através da utilização de técnicas derivadas de princípios dos condicionamentos clássico e operante.
- A primeira onda focava diretamente as emoções e os comportamentos problemáticos, utilizando-se de condicionamentos e princípios comportamentais.
- As décadas de 1950 e 1960 constituem o auge do pensamento mecanicista dentro do comportamentalismo, durante as quais pouca ênfase era dada à relação terapêutica.

SEGUNDA GERAÇÃO: ASPECTOS HISTÓRICOS

Em 1960, enquanto procedimentos já bem estabelecidos da Terapia Comportamental eram refinados, como a economia de fichas e a dessensibilização sistemática, outra grande abordagem foi criada pelo psicólogo Albert Bandura, a *Teoria de Aprendizagem Social*, que incluía não só os princípios de condicionamento clássico e operante, como também os princípios de aprendizagem por observação, além de enfatizar o papel das cognições no desenvolvimento e no tratamento

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

de transtornos psicológicos. Tornar as cognições um legítimo foco da Terapia Comportamental era contrário ao behaviorismo Watsoniano pela impossibilidade de observação direta das cognições. Entretanto, nessa época, a maioria dos terapeutas comportamentais acreditava que lidar somente com comportamentos observáveis era muito restritivo (Spiegler & Guevremont, 2010).

De forma independente, Aaron Beck desenvolveu a *Terapia Cognitiva*, e Albert Ellis, a *Terapia Racional Emotiva* (que mais tarde foi renomeada pelo autor como *Terapia Comportamental Racional Emotiva*) (Spiegler & Guevremont, 2010). Beck (1976) e Ellis (1957) buscavam a modificação de pensamentos negativos e ilógicos associados com diversas dificuldades psicológicas, como a depressão e a ansiedade.

Assim, durante a década de 1960, diversos terapeutas comportamentais passaram a falar em *Terapia Cognitivo-Comportamental* (TCC), a qual incluía mudanças nas cognições mal-adaptativas que contribuíssem para os transtornos psicológicos. Mediante o reexame sobre a relação entre cognições disfuncionais e comportamentos desadaptativos, os terapeutas começaram a ajudar os pacientes a reavaliar padrões de pensamentos distorcidos usando estratégias como a descoberta guiada (Brown, Gaudiano e Miller, 2011; Spiegler & Guevremont, 2010).

A Terapia Cognitiva começou a influenciar a Terapia Comportamental, dando espaço à combinação de técnicas cognitivas com técnicas comportamentais. A ciência psicológica básica não se baseava mais apenas na psicologia da aprendizagem, mas também no processamento da informação. O esquema E-R passou a ser entendido, sob o prisma da psicologia cognitiva, através da metáfora do processamento da informação "Input-Output" (I-O), o que deu margem para a crítica de que o cognitivismo é, na realidade, herdeiro do comportamentalismo (Pérez Álvares, 2004; Álvarez, 2006).

O movimento de segunda onda ganhou força mediante a realização de estudos que demonstraram sua eficácia para uma variedade de transtornos psiquiátricos. Essa demonstração de resultados, à semelhança do que os comportamentalistas faziam, é que outorgou reconheci-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

mento para a segunda onda de terapias comportamentais (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Álvarez, 2006).

Assim, nos anos de 1970, a Terapia Comportamental começou a ser reconhecida não só como um tratamento aceitável, mas como um tratamento de escolha para certos problemas psicológicos. Durante a década de 1980, sua aplicabilidade e aceitação aumentaram, tanto em virtude do reconhecimento da TCC como uma grande força na área da psicologia, como em virtude das significantes contribuições que a Terapia Comportamental começou a fazer no tratamento e na prevenção de problemas médicos. Na década de 1990, seu crescimento se expandiu por diversos países, nos quais sociedades de Terapia Comportamental foram criadas. Nesse período, existiam mais de 20 grandes revistas científicas destinadas especificamente ao estudo da Terapia Comportamental. Pesquisas empíricas sobre Terapia Comportamental lideravam as revistas científicas de psicologia clínica, assim como outras prestigiosas revistas nas áreas de psiquiatria, educação e trabalho social (Spiegler & Guevremont, 2010).

Resumindo, a segunda geração começou no final dos anos 1960, sublinhando a importância da linguagem e da cognição no desenvolvimento e tratamento da psicopatologia. A ênfase estava em explorar as maneiras pelas quais as interpretações pessoais do mundo e de situações emocionalmente relevantes moldavam as experiências. A TCC se tornou a força dominante em psicoterapia em quase todo o mundo, incluindo a América do Norte, o Reino Unido e a maior parte dos países da Europa. Atualmente, permanece em exponencial evolução na Ásia e na América Latina. A seu favor está o compromisso com uma perspectiva científica nos estudos das psicopatologias. Seus tratamentos já renderam diversas centenas de estudos, tanto sobre teorias cognitivo-comportamentais como sobre a avaliação de sua eficácia para uma ampla gama de condições. Assim, a literatura científica tem colocado a TCC em uma posição única no que diz respeito à abordagem dominante entre as psicoterapias (Herbert & Forman, 2011).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- Em 1960, a *Teoria de Aprendizagem Social* foi criada pelo psicólogo Albert Bandura, e enfatizava o papel das cognições no desenvolvimento e no tratamento de transtornos psicológicos.
- Tornar as cognições um legítimo foco da Terapia Comportamental era contrário ao behaviorismo Watsoniano pela impossibilidade de observação direta das cognições. Entretanto, nessa época, a maioria dos terapeutas comportamentais acreditava que lidar somente com comportamentos observáveis era muito restritivo.
- Aaron Beck desenvolveu a *Terapia Cognitiva* e Albert Ellis a *Terapia Racional Emotiva*. Ambos buscavam a modificação de pensamentos negativos e ilógicos associados com diversas dificuldades psicológicas.
- A Terapia Cognitiva começou a influenciar a Terapia Comportamental, dando espaço à combinação de técnicas cognitivas com técnicas comportamentais.
- Durante a década de 1960, diversos terapeutas comportamentais passaram a falar em *Terapia Cognitivo-Comportamental* (TCC), a qual incluía mudanças nas cognições mal-adaptativas que contribuíssem para os transtornos psicológicos.
- A ciência psicológica básica não se baseava mais apenas na psicologia da aprendizagem, mas também no processamento da informação.
- O movimento de segunda onda ganhou força mediante a realização de estudos que demonstraram sua eficácia para uma variedade de transtornos psiquiátricos.
- Nos anos de 1970, a Terapia Comportamental começou a ser reconhecida não só como um tratamento aceitável, mas como um tratamento de escolha para certos problemas psicológicos.
- Durante a década de 1980, sua aplicabilidade e aceitação aumentaram, tanto em virtude do reconhecimento da TCC como uma grande força na área da psicologia, como em virtude das significantes contribuições que a Terapia Comportamental começou a fazer no tratamento e na prevenção de problemas médicos.
- Na década de 1990, o crescimento se expandiu por diversos países, nos quais sociedades de Terapia Comportamental foram criadas.
- A TCC se tornou a força dominante em psicoterapia em quase todo o mundo, incluindo a América do Norte, o Reino Unido e a maior parte dos países da Europa. Atualmente, permanece em exponencial evolução na Ásia e na América Latina.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

SEGUNDA GERAÇÃO: ASPECTOS CLÍNICOS

Os terapeutas comportamentais sabiam que necessitavam lidar com os pensamentos e sentimentos de uma forma mais direta e central. Talvez por isso muitos tenham aderido ao movimento da terapia cognitiva, uma vez que esta levava em consideração a centralidade da cognição, assim como a necessidade de lidar com esses aspectos de uma forma mais flexiva e natural. Determinadas distorções cognitivas pareciam ser características de pacientes com determinadas condições e, assim, pesquisas foram feitas no sentido de identificar essas distorções, bem como os métodos necessários para corrigi-las. A tensão entre as duas ondas foi amenizada pela adoção do termo "Terapia Cognitivo-Comportamental", em que poderiam ser usados tanto princípios comportamentais como conceitos cognitivos. Ademais, considerando o ponto de vista de que nada proibia o uso de métodos empiricamente suportados de mudança direta dos comportamentos, emoções e cognições – isso dependeria das situações específicas e das preferências de cada analista –, a segunda onda assimilou em grande medida a primeira onda e ficou caracterizada por esforços de mudanças guiados pela aprendizagem social e pelos princípios cognitivos. Em outras palavras, a TCC adiciona a cognição como um dos alvos do tratamento, juntamente com os comportamentos e as emoções (Hayes, 2004).

No que tange à sua aplicabilidade, desde a introdução do protocolo original de Beck para depressão, os protocolos da TCC têm sido desenvolvidos para diversos transtornos emocionais, os quais utilizam diferentes técnicas terapêuticas e compartilham a premissa de que cognições mal-adaptativas estão relacionadas de forma causal ao sofrimento emocional e, portanto, através da modificação das cognições, o sofrimento emocional e os comportamentos mal-adaptativos diminuem (Hofmann, Sawyer, & Fang, 2010). Ademais, a segunda geração enfatizou a necessidade de uma relação terapêutica colaborativa sob a premissa de que tal relação otimizaria a eficácia das técnicas utilizadas. Dessa forma, a segunda onda procurou preservar a objetividade e o foco técnico presente na primeira geração, ao mesmo tempo em que tentou valorizar o ser humano racional (Braga & Vandenbergue, 2006).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- Os terapeutas comportamentais sabiam que necessitavam lidar com os pensamentos e sentimentos de uma forma mais direta e central. Talvez por isso muitos tenham aderido ao movimento da terapia cognitiva.
- No que tange à sua aplicabilidade, desde a introdução do protocolo original de Beck para depressão, os protocolos da TCC têm sido desenvolvidos para diversos transtornos emocionais, os quais utilizam diferentes técnicas terapêuticas.
- Os protocolos de TCC compartilham a premissa de que cognições mal-adaptativas estão relacionadas de forma causal ao sofrimento emocional e, portanto, através da modificação das cognições, o sofrimento emocional e os comportamentos mal-adaptativos diminuem.
- A segunda onda procurou preservar a objetividade e o foco técnico presente na primeira geração, ao mesmo tempo em que tentou valorizar o ser humano racional.

CRÍTICAS À SEGUNDA GERAÇÃO: TÉCNICAS COGNITIVAS SÃO NECESSÁRIAS?

Apesar de a TCC ser considerada a abordagem psicoterápica dominante, existem muitas questões que ainda não estão resolvidas no que diz respeito à reestruturação cognitiva, sendo que, nos últimos anos, a validade do modelo cognitivo comportamental tem sido questionada. Tal polêmica teve início a partir da constatação de que ainda não foi encontrado um padrão de evidências que suporte a mudança cognitiva como um mediador-chave da efetividade da TCC tradicional. Alguns estudos mostraram que a adição de técnicas cognitivas aos tratamentos comportamentais não produz benefícios e, em alguns casos, pode reduzir a eficácia de ditas intervenções (Forman & Herbert, 2009). O estudo mais frequentemente citado demostrou que não existem diferenças significativas entre intervenções que empregaram técnicas formais de reestruturação cognitiva e aquelas que empregaram apenas técnicas comportamentais (Longmore & Worrell, 2007), o que levou muitos críticos da segunda onda a argumentar que os benefícios de adicionar técnicas cognitivas às estratégias tradicionais da terapia comportamental

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

eram inexistentes, e que os resultados da TCC ocorrem mais pela presença de técnicas comportamentais do que pela combinação de técnicas cognitivas e comportamentais (Álvarez, 2006).

Conforme colocado por Herbert e Forman (2011), apesar de muitos cognitivistas argumentarem sobre esses achados dizendo que as intervenções comportamentais podem produzir mudança cognitiva, o fato é que, mesmo que isso ficasse demonstrado, a seguinte dúvida persistiria: as estratégias de mudança cognitiva são necessárias ou aconselháveis em adição aos tratamentos comportamentais?

Corroborando essa linha de raciocínio, importa assinalar que, no ano de 1987, Wegner, Schneider e Carter realizaram um experimento no qual verificaram que os participantes foram incapazes de não pensar durante apenas 5 minutos em uma imagem mental (urso branco), quando foram especificamente instruídos a fazer isso. Após o experimento, tentar eliminar a imagem por um tempo pareceu fazer com que os participantes pensassem nela de forma mais frequente e intensa, mostrando que a supressão voluntária de um pensamento é contraproducente. Esse "efeito rebote" tem sido alvo de estudos experimentais e, em linhas gerais, os resultados são replicados (Clark, Ball, & Pape, 1991; Cioffi & Holloway, 1993; Marcks & Woods, 2005; Marcks & Woods, 2007).

Barraca (2012) afirma que conclusões acerca do papel contraproducente da supressão dos pensamentos têm levado cada vez mais pesquisadores a não acreditarem na eficácia de determinadas estratégias cognitivo-comportamentais (e. g., parada do pensamento). De fato, a literatura científica tem demonstrado que estratégias desenhadas para nos libertar de pensamentos desconfortáveis geralmente acabam por aumentar a frequência e a intensidade dos mesmos pensamentos que desejamos evitar ou diminuir (Rassin, 2005).

Retomando:

- Existem muitas questões que ainda não estão resolvidas no que diz respeito à reestruturação cognitiva, sendo que, nos últimos anos, a validade do modelo cognitivo-comportamental tem sido questionada.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

- Apesar de muitos cognitivistas afirmarem que as intervenções comportamentais podem produzir mudança cognitiva, o fato é que, mesmo que isso ficasse demonstrado, a seguinte dúvida persistiria: as estratégias de mudança cognitiva são necessárias ou aconselháveis em adição aos tratamentos comportamentais?
- Conclusões acerca do papel contraproducente da supressão dos pensamentos têm levado cada vez mais pesquisadores a não acreditarem na eficácia de determinadas estratégias cognitivo-comportamentais (e. g., parada do pensamento).
- A literatura científica tem demonstrado que estratégias desenhadas para nos libertar de pensamentos desconfortáveis geralmente acabam por aumentar a frequência e a intensidade dos mesmos pensamentos que desejamos evitar ou diminuir.

SEGUNDA E TERCEIRA GERAÇÃO DE TERAPIAS COMPORTAMENTAIS

Em resumo, dentre as razões para o surgimento da terceira onda estão: a ênfase diminuída da segunda onda no papel contextual; os questionamentos relacionados à eficácia das estratégias cognitivas; e a classificação do cognitivo como uma categoria à parte, em detrimento de ser considerado um comportamento (comportamento verbal) (Álvarez, 2006).

A ACT (*Acceptance and Commitment Therapy* – Terapia de Aceitação e Compromisso) tornou-se a mais proeminente terapia de terceira geração (Pérez-Álvarez, 2012). No que diz respeito às similaridades e diferenças entre essa abordagem e a TCC tradicional, existem muitas semelhanças do ponto de vista de estratégias de mudança comportamental. Por exemplo, ambas utilizam-se de exercícios de exposição, habilidades de resoluções de problemas, *role playing*, tarefas de casa e modelagem. Ambas estabelecem objetivos claros e observáveis, encorajam maior consciência dos pensamentos, sentimentos e sensações e objetivam melhoras gerais na qualidade de vida. Entretanto existem importantes discrepâncias teóricas entre as duas abordagens em relação ao papel das cognições. As cognições são vistas pela ACT como uma forma

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

de comportamento (comportamento privado) que deve ser identificada e ter sua função alterada, enquanto o foco da CBT inclui a modificação dos seus conteúdos. Assim, a ACT não objetiva refutar cognições desadaptativas com o objetivo de modificar a resposta emocional e/ou comportamental associada a tais cognições. Nessa abordagem, os pacientes são ensinados a aceitar emoções e pensamentos indesejáveis. Já a TCC tradicional possui uma premissa básica de que as cognições desempenham um importante papel na manutenção dos transtornos emocionais, através de sua influência nas emoções e nos comportamentos. Como consequência, frequentemente, o foco de mudança da TCC tradicional está no conteúdo dos pensamentos, enquanto os tratamentos baseados em *mindfulness* e a ACT focam a função dos pensamentos e a promoção de estratégias de regulação emocional que se contraponham à esquiva das experiências internas. É digno de nota que o uso compartilhado entre a segunda e a terceira onda das mesmas técnicas de tratamento não é incompatível, visto que tais técnicas são usadas dentro de um embasamento teórico distinto (Hofmann, Sawyer & Fang, 2010).

No que diz respeito às diferenças na prática clínica, um estudo que objetivou investigar as potenciais similaridades e diferenças entre a prática psicoterápica de profissionais que utilizam abordagens de segunda e de terceira onda observou que existem diferenças no nível técnico entre os dois grupos, com os terapeutas de terceira onda reportando maior uso de técnicas de *mindfulness* e aceitação, assim como de técnicas de exposição, enquanto terapeutas de segunda onda reportaram maior uso de técnicas de relaxamento e de reestruturação cognitiva – sendo que os terapeutas de terceira onda se mostraram resistentes ao uso destas últimas. Em linhas gerais, os terapeutas de terceira onda se mostraram mais ecléticos do ponto de vista técnico, o que poderá levar a diferentes resultados clínicos (Brown, Gaudiano, & Miller, 2011).

Se por um lado a TCC tradicional busca eliminar ou ao menos reduzir a duração, a frequência e a intensidade de pensamentos intrusivos, de memórias dolorosas, de cognições desconfortáveis ou de pensamentos ruminativos, questionando sua credibilidade e buscando substituí-los por pensamentos mais adaptativos, as novas terapias assumem que técnicas como distração ou substituição de pensamentos, parada do

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

pensamento ou reestruturação cognitiva não são mais aconselháveis (Barraca, 2012), e encorajam o uso de técnicas de *mindfulness* e aceitação para lidar com as experiências internas, ao invés de tentativas de mudar os pensamentos e as sensações internas consideradas negativas (Herbert, Forman, & England, 2009).

De forma geral, as terapias de terceira geração, assim como as de segunda, reconhecem a importância dos processos cognitivos e verbais em suas teorias de psicopatologia e em seus tratamentos (Herbert & Forman, 2011). Entretanto, ao invés de lutar para mudar pensamentos e sentimentos desconfortáveis, as novas abordagens focam em cultivar uma atitude de aceitação sem julgamentos em relação a todas as experiências humanas, a fim de aumentar o bem-estar psicológico (Herbert & Forman, 2011). Hayes desafiou as terapias de segunda onda ao afirmar que, enquanto os clientes tentarem controlar suas experiencias internas, como é preconizado na TCC tradicional, eles terão maior probabilidade de continuar experienciando sofrimento emocional (Cullen, 2008). Assim, apesar de os tratamentos baseados em *mindfulness* e as intervenções de segunda onda estarem estreitamente relacionados, existem importantes diferenças entre as abordagens (Hofmann, Sawyer, & Fang, 2010).

Retomando:

- Dentre as razões para o surgimento da terceira onda estão: a a ênfase diminuída da segunda onda no papel contextual; os questionamentos relacionados à eficácia das estratégias cognitivas; e a classificação do cognitivo como uma categoria à parte, em detrimento de ser considerado um comportamento (comportamento verbal).
- A segunda onda de terapia comportamental deixou um pouco a ênfase nas causas ambientais e contextuais (ênfase presente na primeira geração) e passou a dar mais ênfase ao papel das cognições nos problemas emocionais e comportamentais.
- No que diz respeito às similaridades e diferenças entre a ACT (mais proeminente terapia de terceira geração) e a TCC tradicional: (1) ambas utilizam-se de exercícios de exposição, habilidades de resoluções de problemas, *role playing*, tarefas de casa e modelagem; (2) ambas estabelecem objetivos claros e observáveis, encorajam maior consciência dos pensamentos, sentimentos e sensações e objetivam melhoras gerais na quali-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

dade de vida; (3) as cognições são vistas pela ACT como uma forma de comportamento (comportamento privado) que deve ser identificado e ter sua função alterada, enquanto o foco da TCC inclui a modificação dos seus conteúdos; (4) a ACT não objetiva refutar cognições desadaptativas com o objetivo de modificar a resposta emocional e/ou comportamental associada a tais cognições. Assim, os tratamentos baseados em *mindfulness* e a ACT focam a função dos pensamentos e a promoção das estratégias de regulação emocional que se contraponham à esquiva das experiências internas; e (5) na TCC tradicional, geralmente, o foco de mudança está no conteúdo dos pensamentos, muito em virtude da premissa básica de que as cognições desempenham um importante papel na manutenção dos transtornos emocionais, através de sua influência nas emoções e nos comportamentos.

- O uso compartilhado entre a segunda e a terceira onda das mesmas técnicas de tratamento não é incompatível, visto que tais técnicas são usadas dentro de um embasamento teórico distinto.
- Em linhas gerais, os terapeutas de terceira onda se mostraram mais ecléticos do ponto de vista técnico, o que poderá levar a diferentes resultados clínicos.
- De forma geral, as terapias de terceira geração, assim como as de segunda, reconhecem a importância dos processos cognitivos e verbais em suas teorias de psicopatologia e em seus tratamentos.
- Ao invés de lutar para mudar pensamentos e sentimentos desconfortáveis, as novas abordagens focam em cultivar uma atitude de aceitação sem julgamentos em relação a todas as experiências humanas, a fim de aumentar o bem-estar psicológico.
- Apesar de os tratamentos baseados em *mindfulness* e as intervenções de segunda onda estarem estreitamente relacionados, existem importantes diferenças entre as abordagens.

TERCEIRA GERAÇÃO DE TERAPIAS COMPORTAMENTAIS

A terapia comportamental continuou evoluindo, e o final do século XX e o início do século XXI testemunharam o desenvolvimento de terapias que se destinam a aliviar o sofrimento dos clientes através de abordagens que utilizam estratégias de aceitação e *mindfulness*. (Spiegler & Guevremont, 2010). As abordagens de terceira onda mais conhecidas são a Terapia de Aceitação e Compromisso (ver Capítulos 6-10 deste

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

livro), a Ativação Comportamental (Capítulo 14), a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (Capítulo 5), o Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* (Capítulo 4), a Terapia Comportamental Integrativa de Casais (Capítulo 17), a Psicoterapia Analítico-Funcional (Capítulo 11), a Terapia Focada na Compaixão (Capítulo 13) e a Terapia Comportamental Dialética (Capítulos 15 e 16).

Essas novas terapias possuem um grande enfoque comportamental e, de fato, estão embasadas nessa tradição. Por exemplo, o contextualismo funcional, embasamento filosófico da ACT, refere-se a uma extensão do behaviorismo radical de Skinner, o qual se detém na emergência de complexas habilidades cognitivas e linguísticas, além da aprendizagem de competências, a partir de processos básicos de aprendizagem. A Psicoterapia Analítico-Funcional é uma abordagem contextualista funcional que também segue o behaviorismo radical de Skinner. A Ativação Comportamental utiliza-se de princípios comportamentais, e as raízes da Terapia Comportamental Integrativa de Casais estão pautadas na distinção de Skinner entre comportamento moldado por contingências e comportamento governado por regras (Pérez-Álvarez, 2012).

A nova geração da terapia comportamental foi caracterizada por Hayes, conforme transcrito a seguir:

> Fundamentada em uma abordagem empírica e focada em princípios, a terceira onda de terapia cognitiva e comportamental é particularmente sensível ao contexto e funções dos fenômenos psicológicos, não somente nas suas formas, e também tende a enfatizar estratégias de mudança contextuais e experienciais em adição às estratégias diretas e didáticas. Estes tratamentos tendem a buscar a construção de repertórios amplos, flexíveis e efetivos, mais do que uma abordagem eliminativa para problemas estreitamente definidos, e a enfatizar a relevância destes aspectos tanto para clínicos como para os clientes. A terceira onda reformula e sintetiza as gerações prévias da terapia cognitiva e comportamental e as levam de encontro a questões, problemas e domínios previamente endereçados primariamente por outras tradições, na esperança de melhorar tanto a sua compreensão como os resultados. (Hayes, 2004, p. 658)

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Visando a uma melhor compreensão da caracterização supracitada, a descrição de seus componentes maiores, conforme propostos por Hayes (2004), está detalhada no Quadro 1.2.

Quadro 1.2 Caracterização da terceira geração de terapias comportamentais*

"Fundamentada em uma abordagem empírica e focada em princípios": a terceira geração mantém o compromisso com as raízes empíricas da terapia comportamental, tanto ao nível de resultados como ao nível de processos e princípios.

"Estratégias de mudança contextuais e experienciais em adição às estratégias diretas, focadas na função mais do que na forma": a característica distintiva das intervenções de terceira onda é o seu grau de ênfase nas estratégias de mudança contextuais e experienciais. Ao mesmo tempo, elas não abandonam as estratégias diretas ou didáticas de mudança. O objetivo das estratégias de mudança contextuais e experienciais é alterar as funções de eventos psicológicos problemáticos, mesmo que sua forma ou frequência não sofram mudanças ou apenas mudem ligeiramente.

"Construção de repertórios flexíveis e efetivos, mais do que a eliminação de problemas estreitamente definidos": enquanto a primeira e a segunda onda enfatizam como primeiro propósito terapêutico a eliminação de pensamentos, emoções e comportamentos problemáticos específicos, a terceira onda foca em habilidades novas e aplicáveis em diversos contextos. As novas terapias comportamentais focam mais o empoderamento dos clientes e o aprimoramento do repertório do que o problema comportamental ou psicopatologia especificamente definida.

"Enfatizar a relevância desses aspectos tanto para clínicos como para os clientes": o ressurgimento da relevância dos processos normais é importante não só para os clientes, mas também para os terapeutas, os quais são encorajados a praticar as habilidades que estão ensinando para que seja possível um trabalho terapêutico efetivo.

"Sintetiza as gerações prévias": na opinião de Hayes, o que parece estar acontecendo é que as premissas básicas da primeira e da segunda onda estão enfraquecendo e poderão ser substituídas por um conjunto alterado de pressupostos. A terceira geração parece estar unindo as perspectivas comportamental e cognitiva, e isso pode ser visto na maneira como tais intervenções transitam entre essas divisões, independentemente de suas origens. Assim, o autor argumenta que as intervenções de terceira geração não pretendem rejeitar as gerações prévias, mas transformar essas fases anteriores em algo mais novo, amplo e interconectado.

"Lidando com questões, problemas e domínios endereçados por outras tradições": tópicos como *mindfulness*, valores de vida, aceitação, dentre outros, são agora considerados centrais, sendo que antes tais assuntos não eram comuns ou bem-vindos na terapia comportamental. Assim, os tratamentos de terceira onda estão fazendo cair por terra a distinção entre terapia comportamental e tradições antigas ou "menos empíricas", uma vez que estão lidando com esses tópicos utilizan-

continua

* Disponível em www.sinopsyseditora.com.br/fortctg.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quadro 1.2 *Continuação*

do uma teoria coerente, com processos de mudança cuidadosamente avaliados e resultados empíricos.

"Melhorando a compreensão e os resultados": no que diz respeito à compreensão, os modelos e métodos de terceira geração têm sido dirigidos por desenvolvimentos empíricos, abrindo a tradição de terapia comportamental a novas ideias, tanto na literatura básica como na aplicada. Considerando que essas novas intervenções não abandonaram o compromisso com os valores empíricos, que está presente na tradição da terapia do comportamento, com o passar do tempo ficará claro se essas terapias trazem consistentemente melhores resultados em relação ao impacto clínico.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de Hayes (2004).

É digno de nota que a terceira geração retornou à perspectiva contextual presente na primeira geração e pouco enfatizada na segunda. Essa perspectiva contextual é a razão pela qual esse grupo de abordagens também é chamado de "terapias contextuais" (Pérez-Álvarez, 2012). Assim, a ênfase do papel contextual no trabalho clínico é retomada, incluindo tanto o entendimento de psicopatologia como a avaliação e o tratamento (Álvarez, 2006). Essas abordagens se interessam mais pelas funções dos comportamentos do que pelos comportamentos em si, e optam preferencialmente pela mudança por contingências em detrimento da mudança mais didática e psicoeducativa baseada em regras, ainda que não rechassem esta (Pareja, 2010).

Muitas dessas novas abordagens utilizam estratégias experienciais para ajudar os clientes a estarem no presente momento e a desistirem da luta de controlar emoções e pensamentos difíceis como pré-condição de uma mudança comportamental. As intervenções de terceira onda trabalham sobre a premissa de que o contexto é o mais importante, e que é através da compreensão do contexto que ocorre a compreensão do comportamento (Cullen, 2008).

Ressalta-se que, embora quase toda a abordagem psicoterápica dificilmente não se considere contextual, é possível distinguir abordagens clínicas contextuais das que não são, ou das que são apenas de forma superficial. Segundo Pérez-Álvarez (2012), quando se fala no carácter contextual das terapias de terceira geração, pode-se considerar a existên-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

cia de três dimensões contextuais que se reforçam mutuamente: a ambiental, a da relação terapêutica e a pessoal (detalhadas no Quadro 1.3). Destaca-se que o fato de algumas terapias explorarem mais um contexto que outros não significa que elas não consideram os demais.

Quadro 1.3 Dimensões contextuais das terapias de terceira geração*

1) Ambiental (ambiente como contexto social interpessoal): o contexto ambiental diz respeito ao meio em que a pessoa vive e denota uma configuração social e cultural que inclui diversas áreas da vida cotidiana, com suas normas e valores. Dentre as terapias de terceira geração, as que mais exploram essa dimensão são a Terapia Comportamental Integrativa de Casais e a Terapia de Ativação Comportamental.

2) Relação Terapêutica (relação terapêutica como contexto de aprendizagem experiencial): o contexto da relação terapêutica diz respeito ao contexto gerado pela própria psicoterapia, o qual pode ser terapêutico. Dentre as terapias de terceira onda, a FAP e a DBT são as que mais exploram essa dimensão.

3) Pessoal (a pessoa como contexto socioverbal): refere-se à pessoa como um indivíduo socioverbal que incorpora um passado e possui um estilo de enfrentamento. O contexto pessoal se refere às explicações, avaliações e maneiras de compreender os problemas que prevalecem na sociedade de referência e que aquele indivíduo aprendeu a considerar natural. A ACT e as Terapias Baseadas em *Mindfulness* são as terapias de terceira geração que mais exploram essa dimensão, tentando mudar a maneira como a pessoa se relaciona com as suas experiências.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de Pérez-Alvarez (2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo apresentou um panorama histórico da primeira, segunda e terceira geração de Terapias Comportamentais, abordando aspectos referentes às terminologias utilizadas, origem, evolução e focos clínicos das referidas abordagens. Espera-se que este material sirva como uma introdução aos estudantes, clínicos e pesquisadores interessados nessas temáticas e, ainda, que sirva de base para impulsionar a disseminação da nova geração de Terapias Comportamentais no Brasil e nos demais países de língua portuguesa.

* Disponível em www.sinopsyseditora.com.br/fortctg.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

REFERÊNCIAS

Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé, 5*(2), 159-72.

Arch, J. J. & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science & Practice, 5*, 263-79.

Barraca, J. (2012). Mental control from a third-wave behavior therapy perspective. *Internatonal Journal of Clinical and Health Psychology, 12*(1), 109-21.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.

Braga, G.L.B. & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia*, Campinas, *23*(3), 307-14.

Brown, L.A., Gaudiano, B.A., & Miller, I.W. (2011). Investigating the similarities and differences between practitioners of second and third-wave cognitive-behavioral therapies. *Behavior Modification. 35*(2), 187-200.

Butler, A.C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17-31.

Cioffi, D. & Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 274-82.

Clark, D.M., Ball, S., & Pape, D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behaviour Research and Therapy, 29*, 253-7.

Cullen, C. (2008). Acceptance and commitment therapy (ACT): A third wave behaviour Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 25*(6) 1-7.

Ellis, A. (1957). Outcome of employing three techniques of psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 13*, 344-50.

Eysenck, H. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319-24.

Forman, E. M. & Herbert, J. D. (2009). New directions in cognitive behavior therapy: Acceptance-based therapies. In W. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.). *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 102-14). Hoboken, New Jersey: Wiley.

Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*,639-65.

Hayes, S. C., Masuda, A., & De Mey, H. (2003). Acceptance and Commitment Therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie (Dutch Journal of Behavior Therapy), 2*, 69-96.

Hayes, S. C., McCurry, S. M., Afari, N., & Wilson, K. (1991). *Acceptance and commitment therapy (ACT)*: A therapy manual for the treatment of emotional avoidance. Reno, NV: Context Press.

Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L.F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy, 35*, 35-54.

Herbert, J. D., Forman, E. M., & England, E. L. (2009). Psychological acceptance. In W. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 102-14). Hoboken, NJ: John Wiley.

Herbert, J.D. & Forman, E.M.(2011). The Evolution of Cognitive Behavior Therapy: The Rise of Psychological Acceptance and Mindfulness. In: J. D. Herbert & E. M. Forman.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: understanding and applying the new therapies. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Hofmann, S. G. & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, *28*, 1-16.

Hofmann, S.G., Sawer, A.T., & Fang, A. (2010/September). The Empirical Status of the "New Wave" of CBT. *Psychiatric Clinics of North America*, *33*(3), 701-10.

Kohlenberg, R.J. & Tsai,M. (1991). *Functional analytic psychotherapy. Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Longmore, R. J. & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clinical Psychology Review*, *27*, 173-87.

Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, *40*, 26-34.

Marcks, B.A. & Woods, D.W. (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance based technique in the management of personal intrusive thoughts: A controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 433-445.

Marcks, B.A. & Woods, D.W. (2007). Role of thought-related beliefs and coping strategies in the escalation of intrusive thoughts: An analog to obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 2640-51.

Martin, G. & Pear, J. (2007). *Behavior modification*: What it is and how to do it (8th ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson.

Pareja, M.A.V. (2010). Terapia de Conducta de Tercera Generación. *Clínica Contemporánea*, *1*(1), 49-54.

Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. New York: Live-right

Pérez-Álvarez, M. (2004). *Contingencia y drama. La psicología según el conductismo*. Madrid: Minerva.

Pérez-Álvarez, M. (2012). Third-Generation Therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *12*(2), 291-310.

Rassin, E. (2005). *Thought suppression*. New York: Elsevier.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.

Spiegler, M. D., & Guevremont, D. C. (2010). *Contemporary behavior therapy* (5. ed.). Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning.

Wilson, G.T. (1978). *On the much discussed nature of the term "behavior therapy."* Behavior Therapy, *9*, 89-98.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Mindfulness e as Terapias Comportamentais e Cognitivo-Comportamentais

2 O Que é *Mindfulness*?

Tiago Pires Tatton Ramos

Você não pode parar as ondas, mas pode aprender a surfar /
You can't stop the waves, but you can learn to surf.

Jon Kabat-Zinn

Apesar de ainda pouco conhecido no Brasil, *mindfulness* é um campo de pesquisa que soma mais de três décadas de investigação na Psicologia e na Medicina (Kabat-Zinn, 1982, 2003; Khoury et al., 2013; Langer & Newman, 1979; Vandenberghe & Assunção, 2009). Pesquisas realizadas nessa área investigam o impacto de *mindfulness* na promoção de saúde física e mental em diferentes contextos, condições clínicas e populações (Jon Kabat-Zinn, 2003; Mace, 2007; Russell & Tatton-Ramos, 2014a; Williams & Kuyken, 2012). Recentemente, experimentos em neurociências cognitivas e a utilização de biomarcadores contribuíram para que o campo atingisse um novo patamar de evidências (Hölzel et al., 2007; Modinos, Ormel, & Aleman, 2010; Treadway & Lazar, 2009).

Resultados oriundos de diferentes metodologias de ressonância magnética nuclear sugerem que a prática de *mindfulness* pode – literalmente – alterar a anatomia cerebral (Hölzel et al., 2011; Lazar et al.,

[1] Este capítulo não seria factível sem a ajuda da CAPES, do Prof. Dr. William Gomes (UFRGS/RS), da Profa. Letícia Alminhana (PNPD-PUC/RS), dos companheiros de caminhada Rosana Rossi, Clarissa Alminhana e Mateus Romero, além dos meus inúmeros alunos. Agradeço a contribuição de todos com um abraço carinhoso.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

2005). Além disso, a participação em determinadas *Mindfulness Based Interventions* (MBIs) pode auxiliar na redução de quadros de imunossupressão (Carlson, Speca, Faris, & Patel, 2007) e até mesmo na desaceleração do envelhecimento celular (Jacobs et al., 2011). Atualmente, estratégias de *mindfulness* vêm sendo empregadas em ambientes escolares e populações cada vez mais jovens com o intuito de fomentar a prevenção e não apenas o tratamento (Kuyken et al., 2013). Esses dados demonstram o crescimento e a importância assumida por esse campo nos dias de hoje.

Todavia, como *mindfulness* vem sendo divulgado no Brasil apenas recentemente, tanto no meio científico quanto na grande mídia, há muito desconhecimento e/ou equívoco a respeito do assunto. É preciso, portanto, esclarecer: o que é *mindfulness*?

Desse modo, os objetivos deste capítulo são:

1) Apresentar as origens linguísticas de *mindfulness*;
2) Esclarecer a associação entre *mindfulness*, o contexto das ciências e as práticas budistas de meditação;
3) Identificar as inserções de *mindfulness* nas psicoterapias e intervenções desenvolvidas em medicina comportamental;
4) Evidenciar os demais problemas relativos à operacionalização científica e à mensuração de *mindfulness* nas pesquisas acadêmicas.

Acreditamos que o esclarecimento conjunto desses quatro pontos é fundamental para a compreensão e o desenvolvimento das pesquisas sobre *mindfulness*, particularmente em países como o Brasil, onde o inglês não é a língua nativa e a recepção do tema aconteceu tardiamente.

MINDFULNESS "POR ELE MESMO"

Quando uma definição de *mindfulness* é necessária, a associação com práticas orientais de meditação é tratada, muitas vezes, como premissa (Brown & Ryan, 2006; Grossman & Van Dam, 2011). No entanto, essa é uma colocação inexata – quiçá perigosa –, particularmente quando a intenção é contextualizar *mindfulness* dentro do universo acadêmico e da linguagem científica (Hayes & Shenk, 2004; Hayes & Wilson, 2003).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

O emprego da palavra *mindfulness* no contexto do Budismo ocidental data do final do século XIX, quando o termo começou a ser utilizado para traduzir determinados conceitos e práticas (Wilson, 2014). No entanto, *mindfulness* é registrado na língua inglesa desde o século XIV, sem nenhuma conotação religiosa/espiritual, como o advérbio *mindfully* e o adjetivo *mindful*. A frase *a person always mindful of family responsabilities* (uma pessoa sempre atenta às responsabilidades familiares) ilustra sua utilização enquanto adjetivo. Nesse exemplo, podemos observar que *mindful* refere-se à qualidade de "estar atento" (ou "estar ciente") – "ele (a) está *atento (a)* (*mindful*) ou *ciente* (*mindful*) de suas responsabilidades familiares". Nesse sentido, temos a operacionalização do substantivo *mindfulness*, ou seja, "a qualidade ou o estado de estar atento a alguma coisa". É preciso esclarecer, no entanto, que a utilização de *mindfulness* implica uma atenção cautelosa, prudente (*cautious attentiveness*) (Bodhi, 2011). *Mindfulness* pode ser entendido como "prestar atenção com diligência" (*paying close attention*), e não simplesmente observar algo (Grossman & Van Dam, 2011). Essa perspectiva linguística é suficiente para compreendermos a operacionalização do termo em diversas instâncias do universo científico (Hayes & Shenk, 2004).

Não é imprescindível uma compreensão prévia de conceitos ou de práticas budistas. Perspectivas como a de Ellen Langer, a *mãe das pesquisas sobre mindfulness* (Langer, 2014; Langer & Newman, 1979), e também de Steven Hayes (Hayes & Wilson, 2003), Kohlenberg e Tsai (Bowen, Haworth, Grow, Tsai, & Kohlenberg, 2012) e Adrian Wells (Wells, 2005), criador da Terapia Metacognitiva, seguem esse caminho. Aqui, *mindfulness* não dialoga necessariamente com o Budismo e as práticas de meditação. De qualquer modo, os autores não se atêm às instâncias gramaticais e semânticas, já que investigam *mindfulness* enquanto um processo (psicológico) de variada complexidade (Hayes & Shenk, 2004).

Retomando:

Mindfulness, antes de ser um conceito budista ou psicológico, é uma palavra inglesa que significa "aquele (a) que está cautelosamente ciente ou atento (a)" ou "que presta atenção com diligência".

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

MINDFULNESS E *MINDLESSNESS*

As pesquisas de Langer (2014) em cognição social investigam como os estados de *mindfulness* (atenção) e de *mindlessness* (desatenção) influenciam processos de tomada de decisão, ilusão de controle e flexibilidade psicológica. Langer demonstra como esses estados – em constante alternância – afetam nossos comportamentos e pensamentos ao longo de nossa vida e até mesmo de nossas atividades diárias mais corriqueiras.

A condição de *mindlessness* está presente quando, eventualmente, agimos e/ou pensamos de maneira estereotipada e automatizada (Langer, 2014). Um exemplo prático é quando entramos em um quarto para – no mesmo instante – percebermos que não sabemos por que fizemos isso. No entanto, o exemplo preferido de Langer refere-se a uma situação acontecida com ela mesma:

> (...) em certa ocasião, utilizei um novo cartão de crédito para fazer compras em uma loja de departamentos. Quando fui pagar, o funcionário percebeu que o cartão não estava assinado no verso e me entregou, pedindo que eu assinasse. Depois de assinar e passar o cartão na máquina, o funcionário me entregou o recibo da compra, solicitando prontamente que eu também o assinasse. Bem, eu prontamente assinei o recibo. Durante todos esses momentos o funcionário me pareceu bastante atento e assertivo. Ocorre que, logo após eu entregar o recibo assinado, o funcionário comparou a assinatura do recibo com aquele que havia recém escrito no cartão. Certamente, ele fez isso para assegurar-se de que eu não estava cometendo uma fraude! (Langer, 2014, p. 11-13).

Nesse exemplo, podemos observar o automatismo presente nas ações do funcionário da loja. Se o funcionário estivesse *mindful*, ao invés de *mindless*, perceberia que sua atitude não fazia sentido, já que a Dra. Langer havia acabado de assinar o verso do cartão. Ela poderia facilmente ter falsificado ambas as assinaturas, se quisesse. O exemplo demonstra a força que *scripts* verbais e comportamentais podem exercer na geração constante de atitudes do tipo *mindlessness*.

Resultados advindos das pesquisas de Langer e sua equipe demonstram que *mindlessness* está associado à incapacidade de integrar

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

novas informações e, consequentemente, a tomadas de decisão mais empobrecidas (Langer, Hatem, Joss, & Howell, 1989; Langer, 2009, 2014). Além disso, devido ao estreitamento de perspectiva em relação a si mesmo e às dificuldades de avaliação crítica das imposições sociais, indivíduos com altos níveis de *mindlessness* podem apresentar erros constantes de julgamento, perpetuar preconceitos, injustiças e aplicação de estereótipos. Por fim, podem apresentar um pior funcionamento psicológico (Langer, 2009, 2014).

Retomando:

A pesquisadora de Harvard, Elen Langer, descobriu que, em nosso dia a dia, estados de desatenção (*mindlessness*) ocorrem com frequência e nos prejudicam em momentos de tomada de decisão e julgamento.

COMO REDUZIR ESTADOS DE *MINDLESSNESS*?

A solução para esses problemas estaria no outro feixe do espectro, ou seja, no aumento dos níveis de *mindfulness*. Isso seria possível através do engajamento em atitudes que favoreçam a abertura a novas fontes de informação, a avaliação de diferentes pontos de vista e a participação em atividades que fomentem flexibilidade psicológica (Langer, 2006, 2009, 2014). Para Langer, situações que exigem criatividade são potencializadoras de estados de "atenção diligente" (*mindfulness*) (Langer, 2006, 2009, 2014). Segundo a autora, o conceito de *mindfulness* avança enquanto mecanismo psicológico diretamente associado ao processamento cognitivo e à adaptação do organismo em diferentes contextos.

Por sua vez, as pesquisas de Hayes, criador da Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT), e de Kolemberg e Tsai, criadores da Terapia Analítico-Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy* – FAP), inserem *mindfulness* na dimensão das psicoterapias (Bowen et al., 2012; Hayes & Feldman, 2004). Assim, nesses casos, continuamos com uma perspectiva que independe de referências budistas ou meditativas. Esses pesquisadores, assim como Langer, enten-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

dem que estados de *mindfulness* podem representar um papel importante na organização adaptativa do organismo no ambiente. Hayes e Shenk (2004), partindo da tradição comportamental contextualista, demonstram que o aumento nos níveis de *mindfulness* auxilia na diminuição de estados de *fusão cognitiva* e de *evitação experiencial*, atenuando o sofrimento psicológico. *Mindfulness* é uma habilidade importante para a compreensão do *self* (noção de si mesmo) enquanto uma construção contextual (*eu como contexto*).

Além disso, quando o estado de atenção diligente (*mindfulness*) é progressivamente experimentado pelo indivíduo, ganhos de *flexibilidade psicológica* (Ver Capítulos 7 e 8 para uma definição dos termos destacados em itálico neste parágrafo) atuam como mediadores importantes de regulação emocional (Hayes & Feldman, 2004). Assim, *mindfulness* permitiria ao indivíduo avançar para além das limitações impostas pelo universo verbal e social que o cerca, auxiliando na criação de novos contextos capazes de facilitar a apreensão de comportamentos mais adaptativos.

Retomando:

- O engajamento em atitudes que favoreçam a abertura a novas fontes de informação e a avaliação de diferentes pontos de vista pode diminuir estados de *Mindlessness* e favorecer estados de *Mindfulness* – atenção diligente!
- Além disso, quando estados de atenção diligente (*Mindfulness*) são progressivamente experimentados, ganhos de flexibilidade psicológica e regulação emocional são possíveis.

AUMENTANDO OS NÍVEIS DE *MINDFULNESS*

Mindfulness funciona como uma espécie de radar que mapeia, seguidamente, nosso campo experiencial, expandindo nossa autopercepção acerca de como nos relacionamos com os estímulos internos e ambientais. Portanto, é uma condição "fluida", e não uma disposição psicológica estática e inalterável. Contudo, se *mindfulness* é uma condição

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

psicológica flexível, isso significa que pode ser desenvolvida? Treinada? Como proceder?

Para Langer, Hayes (ACT), Kohlemberg (FAP) e também Wells (Terapia Metacognitiva) (Still & Dryden, 2012), estados de *mindfulness* podem ser potencializados por meio de exercícios específicos, ou simplesmente "técnicas de *mindfulness*". Hayes e Shenk (2004) sugerem o seguinte exercício: "repetir rapidamente uma única palavra até que todo o seu significado seja esvaziado". Segundo os autores, esse tipo de procedimento – devidamente contextualizado em uma condição de psicoterapia – é uma maneira eficaz, e empiricamente observada, de reduzir os efeitos adversos de diálogos internos negativos. Um exemplo mais comum é o exercício "folhas em um riacho" (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011). Ele segue, aproximadamente, como descrito abaixo:

> Sente-se confortavelmente por alguns instantes. Tente observar os pensamentos que, pouco a pouco, surgem em sua mente como uma sequência de folhas que flutuam sob a corrente serena de um riacho. Cada pensamento que surge é como uma nova folha descendo pelo riacho. Observe atentamente a cada folha que passa pelo seu campo de atenção. Imagine que você acompanha as folhas no riacho (as atividades da sua mente) a partir de certa distância, como se estivesse em uma arquibancada, assistindo a um desfile. Quando você notar que se esqueceu do que está fazendo, que repentinamente começou a pensar em outra coisa ou que se apegou a um pensamento em particular, simplesmente suba de volta para a arquibancada e volte a apreciar o desfile (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011, p. 255).

No exercício proposto, várias atividades implicam *desfusão cognitiva* e *aceitação* (ver definições no Capítulo 7), como o simples fato de observar o *self* de maneira distanciada. Porém, talvez esta seja a parte mais fácil. O desafio real está em simplesmente observar os pensamentos sem tentar mudá-los ou fazê-los ir embora. Esse tipo de exercício pode ser muito útil para ajudar os pacientes a lembrarem-se de que pensamentos não são fatos, mesmo que pareçam convincentes. Além disso, é um ótimo exercício para observar que, muitas vezes, não aceitamos os pensamentos como são e queremos mudá-los magicamente. Por exemplo, por mais que você queira acele-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

rar a velocidade de uma das folhas (e. g., um pensamento indesejado), isso não acontecerá – o riacho continuará fluindo lentamente. O praticante pode perceber também que está enfrentando julgamentos sobre as folhas (os pensamentos) – "eu não deveria estar pensando isso"; "apenas uma pessoa louca teria esse pensamento"; "que vergonha pensar isso", etc. Nesse caso, a instrução é: "tome esses pensamentos como são, simplesmente mais uma folha entre tantas que descem o riacho". Elas não são fatos, de modo que não é necessário responder. Observar como um telespectador essa miríade de propensões proporciona um enorme ganho de perspectiva a respeito de si mesmo e da maneira como reagimos aos desafios do dia a dia.

Dentro do contexto psicoterapêutico da Terapia Analítico-Funcional (ver Capítulo 11), um exemplo similar pode ilustrar o impacto de *mindfulness* nos processos de adaptação saudável do organismo. Imagine que um indivíduo é tomado, recorrentemente, pelo seguinte pensamento: "eu sou estúpido". Imagine que esse simples pensamento faz com que o sujeito emita o comportamento de isolamento social que, por sua vez, perpetue um ciclo de sofrimento. Com o treinamento de *mindfulness*, o mesmo pensamento pode evocar uma nova constatação: "um pensamento está surgindo e dizendo 'eu sou estúpido'". O exercício de prestar atenção (*mindfulness*) foi capaz de promover a alteração do estímulo e, provavelmente, a geração de novas respostas (Bowen et al., 2012). Na linguagem cotidiana, podemos dizer que esse tipo de exercício é capaz de fazer com que certas situações sejam percebidas, simplesmente, como fenômenos passageiros, e não como reflexos da verdade.

Adrian Wells (Wells, 2005) identifica *mindfulness* como uma importante estratégia metacognitiva para reduzir processos patogênicos internos. Wells define *mindfulness* como um estado de "liberdade psicológica" possível quando a atenção permanece estável, relaxada, sem apego a um ponto de vista específico, porém, ao mesmo tempo, ágil e flexível. Em seu modelo de psicoterapia, Wells utiliza exercícios de "discriminação através de *mindfulness*" (*detached mindfulness*) para promover flexibilidade psicológica, mudança em estilos ruminativos, monitoramento de ameaças e comportamentos persistentes que não modificam crenças errôneas. Sua perspectiva emerge das teorias de

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

processamento da informação, das ciências cognitivas e da psicologia do desenvolvimento (Wells, 2005).

As teorias de Langer, Hayes, Kohlenberg e Wells são exemplos que demonstram como *mindfulness* pode ser compreendido sem necessária referência ao contexto filosófico/espiritual e prático do Budismo. Demonstram, igualmente, que "práticas de meditação" não são as únicas vias de promoção de *mindfulness*. Por outro lado, não podemos negar que a história do conceito está fortemente relacionada com as práticas meditativas do oriente, de modo que precisamos apreciá-las criticamente.

Retomando:

- Níveis de *mindfulness* podem ser aumentados através de exercícios específicos.
- O simples fato de tentarmos observar nossos pensamentos de maneira distanciada pode promover desfusão cognitiva e habilidades de aceitação psicológica.
- Portanto, *mindfulness* tem uma longa história dentro da ciência psicológica, não sendo um conceito exclusivo do Budismo.

A INFLUÊNCIA DAS PRÁTICAS ORIENTAIS NA CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE *MINDFULNESS*

A utilização do termo *mindfulness* no contexto budista é considerada imprecisa, emergindo quase acidentalmente no final do século XIX, período em que as primeiras traduções inglesas começaram a ser realizadas (Seager, 2012; Wilson, 2014). Apesar da imprecisão, há certo consenso entre os acadêmicos de que a utilização de *mindfulness* no Budismo emergiu como uma tentativa de tradução da palavra *sati* (da língua *pali*) (Grossman & Van Dam, 2011). Esse termo, presente em obras centrais do Budismo, como o *Sattipathana Sutta*, o *Anapanasati Sutta* e, até mesmo, em trechos do *Dhammapada*, pode ser literalmente traduzido como *memória* ou *lembrança*. Entretanto, no contexto das escrituras budistas, significa mais do que simplesmente *lembrar*: é *lembrar-se de*

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

permanecer atento ou *lembrar-se de permanecer com a atenção em determinado objeto* (Bodhi, 2011). Aqui, temos certa sincronia com as perspectivas de Hayes e Wells, nas quais *mindfulness* é entendido enquanto um processo psicológico que envolve automonitoramento atencional.

Ocorre que *sati*, no Budismo, não é uma instância estática e imutável, mas um estado capaz de ser treinado e desenvolvido. Possui, portanto, implicações pragmáticas: pratica-se *sati*. Os tratados budistas orientam o leitor/praticante acerca dos exercícios (práticas meditativas) necessários para o desenvolvimento de *sati*. Além disso, esses exercícios não estão restritos ao treinamento do monitoramento atencional, mas incluem outros processos, como o desenvolvimento de estabilidade mental e a autocompaixão. No *Anapanasati Sutta*, por exemplo, o treinamento da atenção é realizado utilizando a respiração como âncora atencional. O tratado ensina, por meio de dezesseis instruções detalhadas, como desenvolver uma *atenção diligente* acerca dos inúmeros aspectos corporais e mentais envolvidos no simples ato de respirar. Em última instância, os exercícios, para além de poderosos treinos atencionais, servem para fomentar *bojihanga*, os *setes fatores que conduzem à iluminação* (Bodhi, 2011; Hanh, 1987).

Nenhum professor budista ensina exercícios de *mindfulness* com o mero propósito de desenvolver habilidades metacognitivas ou aumento da consciência corporal. Há, na prática budista, uma forte metafísica religiosa que dá suporte a uma série de valores éticos, a saber: o desejo de que *a iluminação seja alcançada e que o praticante, juntamente com todos os seres, seja libertado do sofrimento do ciclo incessante de renascimentos*. Assim, é preciso estar claro que diversos componentes metafísicos (ciclo de renascimentos, iluminação), éticos (aliviar o sofrimento de todos) e, até mesmo, ritualísticos são apreciados na compreensão budista de *mindfulness*.

Retomando:

- A utilização do termo *mindfulness* no contexto budista é considerada imprecisa, emergindo quase acidentalmente no final do século XIX.
- No Budismo, a prática de *mindfulness* tem implicações metafísicas e éticas.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

MINDFULNESS É MEDITAÇÃO?

Esses componentes não estão presentes na compreensão de *mindfulness* de Langer, Hayes, Kohlenberg e Wells, que está ancorada na perspectiva científica da Psicologia. Portanto, parece ser mais sensato falar sobre *meditação mindfulness* em um contexto religioso/espiritual, mas não necessariamente quando é investigado academicamente. Neste caso, como já apontamos, talvez seja mais adequado o termo *técnicas de mindfulness*.

Além disso, é necessário lembrar que, na cultura ocidental secular, o termo *meditação* está geralmente associado a práticas espirituais ou esotéricas. Quando falamos que alguém está *meditando* é comum os ouvintes imaginarem um sábio indiano ou chinês, sentado com as pernas cruzadas e com os olhos fechados, em um lugar calmo e isolado (normalmente no topo de uma montanha!). Certamente, essa é uma visão estereotipada, mas precisamos estar atentos aos valores que a cultura imputa às palavras.

Então: *mindfulness* é meditação? Se o termo está inscrito em um contexto religioso/espiritual, budista particularmente, a reposta é "sim". No entanto, quando falamos no estudo acadêmico de *mindfulness*, o "sim" não parece ser uma resposta exatamente adequada. Os exemplos de Langer, Hayes, Kohlemberg e Wells demonstram isto. Mas a questão não é tão simples! Importantes acadêmicos do campo de *mindfulness*, como Jon Kabat-Zinn, Marsha Lineham e Teasdele (ver próxima sub-divisão deste capítulo para uma maior compreensão dos autores), não apenas assumem, mas incorporam contribuições budistas em suas concepções acadêmicas de *mindfulness*. O que fazemos, então?

Retomando:

- Na cultura ocidental secular, o termo "meditação" está geralmente associado a práticas espirituais ou esotéricas.
- Portanto, é preciso cautela para definir *mindfulness* como meditação.
- O contexto (religioso/secular) e a finalidade (desempenho cognitivo/saúde/espiritualidade) podem auxiliar na determinação de *mindfulness* enquanto meditação.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

DO *MINDFULNESS* "SEM MEDITAÇÃO" AOS MODELOS DE KABAT-ZINN E MARSHA LINEHAN

No final dos anos de 1980, enquanto Langer publicava suas pesquisas sobre *mindfulness* e *mindlessness*, Jon Kabat-Zinn, um promissor estudante do prestigiado *Massachussetts Institute of Technology* (MIT), desenvolvia o que podemos chamar de um modelo híbrido de *Mindfulness*, ou seja, acadêmico, porém inspirado pelo Budismo. Basicamente, Kabat-Zinn conseguiu incorporar, dentro do modelo científico biomédico, uma estrutura teórica e prática das tradições orientais do Budismo e do Ioga. Atualmente, Kabat-Zinn é membro do conselho do *Mind and Life Institute*, grupo que organiza diálogos entre Dalai Lama e cientistas ocidentais.

Durante o seu doutorado em Biologia Molecular, Kabat-Zinn frequentou diferentes atividades para promoção de bem-estar e prevenção de estresse, tais como: artes marciais, *Hatha* Ioga e meditação zen budista. Da prática do Ioga, Kabat-Zinn pôde observar os benefícios advindos do aumento de energia física e da consciência corporal, enquanto do *zazen* – prática central do Zen Budismo –, observou os benefícios de *apenas sentar e observar mente e corpo* (*mindfulness*!). No *zazen*, Kabat-Zinn podia praticar intensivamente o treinamento da atenção e o afrouxamento das cobranças internas, o que parecia potencializar recursos para o combate ao estresse negativo (Kabat-Zinn, 1990).

Naquele tempo, o *mindfulness* ensinado a Kabat-Zinn não foi o de Langer ou Hayes, mas sim o de mestres budistas como Seung Sahn e Thích Nhât Hạnh. Mesmo assim, devido à familiaridade de Kabat-Zinn com a linguagem científica e os protocolos biomédicos de intervenção, a transposição secular do *mindfulness* budista para a realidade acadêmica aconteceu de maneira adequada (Kabat-Zinn, 2003). Kabat-Zinn isolou o treinamento da *atenção diligente* dos componentes metafísicos e éticos do Budismo, criando um entendimento de *mindfulness* ancorado na tradição filosófico-religiosa, porém secularizado.

De certo modo, Kabat-Zinn transpôs o ambiente da *sangha* budista para o interior do Centro Médico da Universidade de Massachussetts. Pacientes com diferentes condições médicas, afetados pelos estresses decorrentes do próprio adoecimento, começaram a frequentar reuniões

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

organizadas por Kabat-Zinn. Grupos de 15 a 20 pacientes aprendiam, durante aproximadamente uma hora e meia, movimentos simples do Ioga realizados com *atenção diligente*. Praticavam, também, uma versão secular de *Anapanasati* – a meditação budista da respiração. Os exercícios eram ensinados sem mencionar Buda ou o Budismo – o contexto era (e continua sendo) absolutamente secular. Entretanto, a palavra *meditação* sempre foi parte natural do vocabulário (Kabat-Zinn, 1990).

Retomando:

Pesquisadores acadêmicos foram influenciados pela tradição Budista, mas secularizaram seus protocolos e modelos teóricos para melhor ajustamento com os métodos científicos.

MBSR E INTERVENÇÕES BASEADAS EM *MINDFULNESS*

Pautado nessa experiência, Kabat-Zinn desenvolveu um programa de medicina comportamental manualizado, com duração de oito semanas, chamado *Redução de Estresse Baseado em Mindfulness* (*Mindfulness Based Stress Reduction* – MBSR –, ver Capítulo 4). A cada semana, um grupo de pacientes se encontrava em uma sala do hospital para praticar os exercícios de *mindfulness*. Após os encontros, os pacientes eram orientados a praticar por cerca de 40 minutos diários, ao longo dos próximos sete dias, até se reunirem para um novo encontro (Kabat-Zinn, 1982; 1990).

As práticas ensinadas eram divididas entre *formais* e *informais*. Algumas práticas formais são: os movimentos de Ioga (*Mindful Movements*), a atenção diligente a diferentes partes do corpo (*Body Scan*) e a atenção diligente à respiração (*Mindfulness of the Breath*). Estas deveriam ser exercitadas diariamente. Já os exercícios informais incluem toda e qualquer ação ou pensamento realizado com a intenção de *mindfulness*. Por exemplo, se o paciente, ao escovar os dentes pela manhã, realiza a ação com *atenção cautelosa*, procurando perceber as sensações físicas e a atitude mental durante a prática, estaria realizando uma atividade informal de *Mindfulness* (Kabat-Zinn, 1982; 1990).

A definição de Kabat-Zinn para *mindfulness* permanece, desde então, como a mais popular: *a consciência que emerge quando prestamos atenção,*

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

com propósito, às experiências que acontecem, momento a momento, sem julgar o que surge na mente (Kabat-Zinn, 1982). É possível estabelecer diversas relações com o *mindfulness* não budista de Langer e Hayes, porém Kabat-Zinn não estava interessado em cognição social e psicoterapia. Seu protocolo em grupo foi estruturado enquanto uma intervenção de medicina comportamental, baseado em evidências ancoradas em desfechos clínicos. Os ensaios clínicos randomizados seriam, desde então, o padrão-ouro das investigações científicas envolvendo o MBSR (Kabat-Zinn et al., 1992; Kabat-Zinn & Chapman-Waldrop, 1988; Kabat-Zinn, 1982, 2003). No modelo de Kabat-Zinn, mais do que uma profunda compreensão acerca dos processos psicológicos, pretende-se saber o nível de eficácia da técnica.

Mesmo pautado no hibridismo entre ciência, medicina e meditação budista, o MBSR foi bem recebido pela comunidade acadêmica. Um dos primeiros resultados publicados sobre a eficácia do MBSR, ainda em 1982, demonstrou a efetividade da intervenção para reduzir a percepção de dor e os sintomas psiquiátricos em pacientes com dores crônicas que não respondiam adequadamente aos tratamentos convencionais (Kabat-Zinn, 1982).

Atualmente, diversas metanálises evidenciam o sucesso do MBSR enquanto um protocolo de medicina comportamental capaz de auxiliar no tratamento e na prevenção de doenças físicas e psicológicas (Bohlmeijer, Prenger, Taal, & Cuijpers, 2010; Chiesa & Serretti, 2009; Eberth & Sedlmeier, 2012; Grossman et al., 2004). Além disso, o MBSR inspirou o grande movimento de *Intervenções Baseadas em Mindfulness* (MBIs), dentre as quais a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (*Mindfulness Based Cognitive Therapy* – MBCT –, ver Capítulo 5) é a mais conhecida. Um dos criadores do MBCT, John Teasdale, além de um importante pesquisador da Psicologia, é praticante budista.

Retomando:

- O MBSR e o MBCT não são modelos ou ferramentas de psicoterapia, mas intervenções manualizadas utilizadas, essencialmente, em contextos de saúde.
- Há elementos oriundos do Budismo que inspiraram (direta e indiretamente) práticas e debates contidos nessas intervenções.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

MINDFULNESS NA TERAPIA COMPORTAMENTAL DIALÉTICA

Outro modelo híbrido que inclui perspectivas budistas e não budistas é a Terapia Comportamental Dialética *(Dialectical Behavioral Therapy* – DBT –, ver Capítulos 15 e 16), desenvolvida por Marsha Linehan. Diferentemente do MBSR e do MBCT, que são protocolos manualizados de medicina comportamental, a DBT é uma perspectiva em psicoterapia ancorada na tradição comportamental, assim como a ACT e a FAP (Linehan, 1993a).

Linehan desenvolveu a DBT como uma expansão de seu modelo cognitivo-comportamental para o tratamento do Transtorno da Personalidade Borderline e de pacientes com fortes tendências suicidas (Linehan, 1987). Linehan percebeu que as técnicas de mudança de comportamento mais tradicionais não eram eficazes para pacientes de difícil tratamento. Algo "mais potente" era necessário. Assim, técnicas de regulação emocional começaram a assumir um papel preponderante no tratamento e, nesse sentido, estratégias de *mindfulness* foram incorporadas (Hayes, Follette, & Linehan, 2011).

A inclusão de *mindfulness* na DBT, diferentemente de como ocorre na ACT (ver Capítulo 7), está marcada pelas influências cristãs-budistas de Linehan. Como Kabat-Zinn, ela recebeu treinamento formal em meditação Zen (Linehan, 1993a). A história registra que, para aprimorar sua técnica, Linehan chegou a morar por três meses com um monge beneditino, mestre em técnicas do Zen. Ao mesmo tempo, em um depoimento tocante registrado no *site* do jornal *The New York Times*, Linehan fala sobre uma experiência religiosa (cristã) que "mudou a sua vida"[2] e sua compreensão acerca de como podemos ajudar as pessoas. Tais fatos sugerem a centralidade das experiências religiosas/espirituais nos projetos profissionais de Lineham, como o próprio desenvolvimento da DBT. Ela mesma afirma: "a ênfase que existe na DBT sobre o equilíbrio necessário entre aceitação e mudança deve muito às minhas experiências que envolvem o estudo da meditação e espiritualidade oriental" (Linehan, 1993a, introdução).

[2] http://www.nytimes.com/interactive/science/lives-restored-series.html?_r=0#/marsha-linehan.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Os exercícios de *mindfulness* da DBT que envolvem observação, atenção, assim como evitar o julgamento, possuem forte influência da prática de meditação Zen. Aliás, o caminho de Buda é conhecido popularmente como o "caminho do meio", que é exatamente a proposta central de Linehan, quando fala em "dialética". Exercícios de *mindfulness* são centrais na DBT, sendo a primeira técnica ensinada aos pacientes. Semanalmente, os exercícios são revisados (Linehan, 1993b).

O objetivo das práticas de *mindfulness* na DBT, assim como em outras intervenções, está diretamente ligado ao monitoramento da atenção e, particularmente, à regulação emocional. É através da regulação das emoções que tomadas de decisões mais maduras e adaptativas são capazes de reduzir o sofrimento psicológico e aumentar o bem-estar geral. Na DBT, o desenvolvimento daquilo que Linehan denomina de "Mente Sábia" (*Wise Mind*) está diretamente associado à capacidade que emerge do treinamento constante de *atenção diligente* (*mindfulness*). Isso implica: observar cuidadosamente, com curiosidade, abertura e aceitação, aquilo que se apresenta na experiência (Linehan, 1993a). Praticar *mindfulness* é como "dar um passo para trás", em perspectiva, observando o cenário que se apresenta – bom ou mal, doloroso ou prazeroso. É a "Mente Sábia" da DBT, um ponto médio entre a "mente emocional" e a "mente racional".

Retomando:

- ACT e DBT são intervenções de psicoterapia, e não intervenções clínicas manualizadas.
- Se comparada com a DBT, a ACT advém de uma tradição menos influenciada por tradições budistas/espirituais. Ambas, entretanto, são modelos secularizados.
- Tanto na ACT quanto na DBT, *mindfulness* é uma ferramenta, dentre outras, utilizada ao longo do tratamento.
- Na DBT, habilidades de *mindfulness* auxiliam no surgimento da "Mente Sábia", um ponto médio entre a "mente emocional" e a "mente racional".

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das muitas diferenças apontadas entre os modelos de *mindfulness* budista, acadêmico e híbrido (budista e acadêmico), há um importante elemento comum a ser observado. Não seria equivocado afirmarmos que o ensinamento central do Budismo está contido nas chamadas "Quatro Nobres Verdades", a saber: (1) a verdade da existência do sofrimento; (2) a verdade da origem do sofrimento; (3) a verdade da cessação do sofrimento; (4) a verdade dos métodos para cessar o sofrimento. O assim denominado *Right Mindfulness* (*sammā-sati*) é um dos muitos passos contidos na quarta nobre verdade, ou seja, "como cessar o sofrimento?".

Quando pensamos nas implicações dos modelos cognitivo de Langer e psicoterapêutico de Hayes, conceitualmente cindidos da visão budista, observamos que o aumento de desempenho cognitivo e a diminuição do sofrimento psicológico estão (igualmente!) entre seus objetivos centrais. Langer acredita que as pessoas podem tomar decisões mais conscientes e salutogênicas, aumentando os estados de *mindfulness*. Hayes, Kohlenberg e Wells utilizam métodos de *atenção diligente* para reduzir o sofrimento mental de seus pacientes. Nessa perspectiva, mesmo a teoria e a prática de *mindfulness* mais distantes do Budismo, na realidade, podem parecer muito próximas. Hayes, em particular, não vê problemas em relacionar *mindfulness* com as práticas de meditação budista, mas sim em um entendimento que exige exclusividade e dependências entre *mindfulness* e o Budismo.

Para além dessa questão, permanecem alguns problemas práticos relativos à operacionalização e à mensuração de *mindfulness* (Baer, 2011; Sauer et al., 2013). Antes de tudo, é preciso ter em mente que, academicamente, *mindfulness* pode ser compreendido como um: (1) estado (situacional); (2) traço (disposicional); e/ou (3) prática (funcional). Sempre que o termo for empregado é necessário que seja esclarecido o seu sentido. Quando falamos em *mindfulness estado*, compreendemos sua natureza situacional, fugidia e temporária; quando falamos em *mindfulness traço*, entendemos uma disposição distribuída de maneira variável na população; e, por fim, falamos em diferentes *técnicas ou práticas de mindfulness*. As práticas, por sua vez, podem incrementar estados de *mindfulness*.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Novamente, o aumento desses estados temporários pode conduzir a uma transformação na distribuição disposicional de *mindfulness*, ou seja, se você praticar constantemente (elevando os estados temporários) e de modo contundente, poderá ter uma transformação duradoura na disposição de *mindfulness*. É preciso lembrar que aumentos em *mindfulness disposicional* estão associados a um melhor bem-estar psicológico e saúde percebida (Murphy, Mermelstein, Edwards, & Gidycz, 2012). Outras atividades, muitas vezes correlatas aos treinamentos de *mindfulness*, como Ioga, Tai Chi e Pilates, também podem promover o aumento no *mindfulness* disposicional, de modo que é interessante incluí-las na construção de protocolos de intervenção mais efetivos (Caldwell, Emery, Harrison, & Greeson, 2011). O *Body in Mind Training* (BMT) é um exemplo de treinamento de *mindfulness* em que elementos dessas técnicas podem ser utilizados (Russell & Tatton-Ramos, 2014).

Reconhecer a diferença entre *mindfulness estado*, *traço* e *prática* tem implicações diretas na mensuração empírica, já que diversos questionários e escalas são elaborados para verificar os níveis de *mindfulness* nos indivíduos (ver Capítulo 10 para mais informações acerca de medidas que se destinam a avaliar *mindfulness*). Existem diferentes medidas: instrumentos unidimensionais, como a *Mindful Attention Awareness Scale* (MASS; Brown & Ryan, 2003), bidimensionais, como a *Philadelphia Mindfulness Scale* (PMS; Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra & Farrow, 2008), e multidimensionais, como o *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Sauer et al., 2013). É preciso conhecer adequadamente cada instrumento, assim como os objetivos da pesquisa, de modo que a escolha seja adequada. Todos os instrumentos possuem vantagens e limitações. Uma delas refere-se ao fato de serem autoavaliações, utilizadas devido a não existência de medidas objetivas confiáveis. Ainda assim, é possível que, em breve, tais medidas sejam operacionalizadas, já que diversos correlatos fisiológicos e neurais de *mindfulness* vêm sendo exaustivamente mapeados.

Esse é um campo de pesquisas amplo e promissor, mas exige do pesquisador o engajamento em múltiplos desafios e áreas do conhecimento. A produção científica e a aplicação de *mindfulness* em diferentes campos seguem uma forte tendência de crescimento, apesar da expan-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

são ainda tímida no Brasil. Entretanto, há um número crescente de pesquisas, grupos acadêmicos e serviços sendo oferecidos no país que, agilmente, modificarão esse cenário.

REFERÊNCIAS

Baer, R. A. (2005). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. Amsterdam/Boston: Academic Press.

Baer, R. A. (2011). Measuring mindfulness. *Contemporary Buddhism*, *12*(1), 241–261. http://doi.org/10.1080/14639947.2011.564842

Bodhi, B. (2011). What does mindfulness really mean? A canonical perspective. *Contemporary Buddhism*, *12*(1), 19-39.

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *68*(6), 539-44.

Bowen, S., Haworth, K., Grow, J., Tsai, M., & Kohlenberg, R. (2012). Interpersonal mindfulness informed by functional analytic psychotherapy: Findings from a pilot randomized trial. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, *7*, 9-15.

Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 822-48.

Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2006). Perils and Promise in Defining and Measuring Mindfulness: Observations From Experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 242-8.

Caldwell, K., Emery, L., Harrison, M., & Greeson, J. (2011). Changes in mindfulness, well-being, and sleep quality in college students through taijiquan courses: A cohort control study. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, *17* (10), 931-8.

Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. Assessment, *15*(2), 204-23.

Carlson, L. E., Speca, M., Faris, P., & Patel, K. D. (2007). One year pre-post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients. *Brain, Behavior, and Immunity*, *21*(8), 1038-49.

Chiesa, A. & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress mana-gement in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, *15*(5), 593-600. http://doi.org/10.1089/acm.2008. 0495

Eberth, J. & Sedlmeier, P. (2012). The effects of mindfulness meditation: A meta-analysis. *Mindfulness*, *3*(3), 174-89.

Ellwood, R. S. (1987). *Eastern Spirituality in America: Selected Writings* (First Edition edition). New York: Paulist Press.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *57*(1), 35-43.

Grossman, P., & Van Dam, N. T. (2011). Mindfulness, by any other name…: trials and tribulations of sati in western psychology and science. *Contemporary Buddhism*, *12*(1), 219-39.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Hanh, T. N. (1987). *The miracle of mindfulness*: An introduction to the practice of meditation. Boston: Beacon Press.

Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the Construct of Mindfulness in the Context of Emotion Regulation and the Process of Change in Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 255-62.

Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2011). *Mindfulness and Acceptance*: Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition. New York: The Guilford Press.

Hayes, S. C. & Shenk, C. (2004). Operationalizing Mindfulness Without Unnecessary Attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 249-54. http://doi.org/10.1093/clipsy.bph079

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy, second edition*: The process and practice of mindful change (2nd edition). New York: The Guilford Press.

Hayes, S. C. & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 161-5.

Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., & Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 191*(1), 36-43.

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science, 6*(6), 537-59.

Hölzel, B. K., Ott, U., Gard, T., Hempel, H., Weygandt, M., Morgen, K., & Vaitl, D. (2007). Investigation of mindfulness meditation practitioners with voxel-based morphometry. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 3*(1), 55-61.

Jacobs, T. L., Epel, E. S., Lin, J., Blackburn, E. H., Wolkowitz, O. M., Bridwell, D. A., ... Saron, C. D. (2011). Intensive meditation training, immune cell telomerase activity, and psychological mediators. *Psychoneuroendocrinology, 36*(5), 664-81.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*(1), 33-47.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness (Reprint edition). New York, N.Y: Delta.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 144-56.

Kabat-Zinn, J. & Chapman-Waldrop, A. (1988). Compliance with an outpatient stress reduction program: rates and predictors of program completion. *Journal of Behavioral Medicine, 11*(4), 333-52.

Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., ... Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry, 149*(7), 936-43.

Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 33*(6), 763-71.

Kuyken, W., Weare, K., Ukoumunne, O. C., Vicary, R., Motton, N., Burnett, R., ... Hup-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

pert, F. (2013). Effectiveness of the Mindfulness in Schools Programme: Non-randomised controlled feasibility study. *The British Journal of Psychiatry*, *203*(2), 126-31.

Langer, E., Hatem, M., Joss, J., & Howell, M. (1989). Conditional teaching and mindful learning. *Creativity Research Journal*, *2*(3), 139-50.

Langer, E. J. (2006). *On becoming an artist: Reinventing yourself through mindful creativity*. New York: Ballantine Books.

Langer, E. J. (2009). *Counterclockwise*: Mindful health and the power of possibility. New York: Ballantine Books.

Langer, E. J. (2014). *Mindfulness, 25th anniversary edition* (Second Edition, 25th anniversary edition). Boston, MA: Da Capo Lifelong Books.

Langer, E. J. & Newman, H. M. (1979). The Role of Mindlessness in a Typical Social Psychological Experiment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *5*(3), 295-8.

Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., ... Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, *16*(17), 1893-7.

Linehan, M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.

Linehan, M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder* (First Edition,). New York: The Guilford Press.

Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, *1*(4), 328-33.

Mace, C. (2007). *Mindfulness and mental health*: Therapy, theory and science (New Ed edition). Hove, East Sussex England; New York, NY: Routledge.

Modinos, G., Ormel, J., & Aleman, A. (2010). Individual differences in dispositional mindfulness and brain activity involved in reappraisal of emotion. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *5*(4), 369-77.

Murphy, M. J., Mermelstein, L. C., Edwards, K. M., & Gidycz, C. A. (2012). The benefits of dispositional mindfulness in physical health: A longitudinal study of female college students. *Journal of American College Health*, *60*(5), 341-8. http://doi.org/10.1080/07448481.2011.629260

Russell, T. & Tatton-Ramos, T. (2014a). Body in mind training: Mindful movement for the clinical setting. *Neuro-disability and psychotherapy: A Forum for the Practice and Development of Psychological Therapies for Neurological Conditions*, *2*(1), 108-36.

Russell, T. & Tatton-Ramos, T. (2014b). Body in mind training: Mindful movement for the clinical setting. *Neuro-Disability and Psychotherapy: A Forum for the Practice and Development of Psychological Therapies for Neurological Conditions*, *2*(1), 108-36.

Sauer, S., Walach, H., Schmidt, S., Hinterberger, T., Lynch, S., Büssing, A., & Kohls, N. (2013). Assessment of mindfulness: Review on state of the art. *Mindfulness*, *4*(1), 3-17.

Seager, R. H. (2012). *Buddhism in America, revised and expanded* (revised and expanded edition edition). New York: Columbia University Press.

Still, A. & Dryden, W. (2012). *The historical and philosophical context of rational psychotherapy*: The legacy of epictetus. Karnac Books.

Treadway, M. T. & Lazar, S. W. (2009). The neurobiology of mindfulness. In F. Didonna (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 45-57). New York: Springer. Retrieved from http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-387-09593-6_4

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Vandenberghe, L. & Assunção, A. B. (2009). Concepções de mindfulness em Langer e Kabat-Zinn: Um encontro da ciência Ocidental com a espiritualidade Oriental. *Contextos Clínicos*, *2*(2), 124-35.

Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, *23*(4), 337-355.

Williams, J. M. G. & Kuyken, W. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: A promising new approach to preventing depressive relapse. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *200*(5), 359-60.

Wilson, J. (2014). *Mindful America: The mutual transformation of buddhist meditation and american culture*. New York: Oxford University Press.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

3 Semelhanças e Diferenças Entre *Mindfulness* e as Técnicas Cognitivas Tradicionais no Trabalho Psicoterapêutico[1]

Bernard Rangé e Isabel Cristina Weiss de Souza

Treinamento em atenção focada pode resultar na exposição sustentada a sensações, pensamentos e emoções, resultando no desarmamento de respostas condicionadas e na redução do comportamento evitativo. A mudança cognitiva surge como resultado da visão dos pensamentos como fenômenos temporários sem valor ou significado próprios, em vez de reflexões acuradas da realidade, saúde, merecimento ou ajuste.

Baer (2003)

A Terapia Cognitiva (TC) teve um papel relevante na mudança de paradigma da terapia comportamental, que se baseava em princípios de comportamento fundamentados nos conceitos de condicionamento clássico e condicionamento operante. Ela surgiu dentro da chamada "revolução cognitiva" na psicologia a partir dos estudos de Jean Piaget sobre os processos cognitivos infantis. Uma das principais contribuições da TC foi a noção de distorção cognitiva e a consequente restruturação cognitiva, que envolve uma reflexão sobre as interpretações que cada indivíduo faz sobre os acontecimentos que lhe afetam, de modo a buscar evidências ou fatos que apoiem a sua interpretação

[1] Partes deste texto foram retiradas de Rangé, B.P. (1995) Psicoterapia cognitiva. In B. P. Rangé. *Psicoterapia comportamental e cognitiva*: pesquisa, prática, aplicações e problemas. Campinas: Editorial Psy II. A referência básica utilizada ao longo deste capítulo sobre a Terapia Cognitiva é a de Beck, Rush, Shaw e Emery (1997).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ou, caso não existam, substituí-los por interpretações mais fundamentadas em fatos.

No entanto, com o progresso do conhecimento, foram surgindo contribuições que destacavam uma estratégia alternativa de apenas observar a experiência subjetiva, como as contribuições de Kabatt-Zin (1990), Linehan (1993) e Hayes, Strosahl e Wilson (1999). Pesquisas na área das emoções realizadas por Gross e Thompson (2007) davam suporte a esse tipo de estratégia, bem como os trabalhos em neurociência (Souza, Barros, Kozasa, Bowen, Pereira, & Noto, 2014). Dessa forma, surgiu uma alternativa à restruturação cognitiva, e o objetivo deste capítulo é analisar as similaridades e diferenças entre a terapia cognitiva e as intervenções baseadas no conceito de *mindfulness*.

TERAPIA COGNITIVA

A Terapia Cognitiva (TC) se baseia no modelo cognitivo segundo o qual as emoções e os comportamentos são influenciados pelo modo como um indivíduo interpreta os acontecimentos. As cognições são eventos verbais ou pictóricos do sistema consciente que mediam as relações entre os acontecimentos do mundo externo e as reações emocionais e comportamentais. O modelo esquemático é o seguinte:

Acontecimentos ☐ Processamento cognitivo ☐ Emoções e Comportamentos

Distingue-se da psicanálise e da psiquiatria biológica na medida em que estas entendem que a ação de um indivíduo está baseada em um determinismo fora do seu controle, como um processamento inconsciente ou uma ação de um neurotransmissor, enquanto a TC supõe que a origem da ação encontra-se na consciência, logo, sob seu poder. Em relação ao behaviorismo, representa uma evolução na vertente metodológica dessa escola psicológica.

Historicamente, a TC teve como precursora a Terapia Racional-Emotiva, que foi a primeira concepção moderna que reconheceu a influência de crenças na produção de estados emocionais perturbados (ou

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

não) e de comportamentos saudáveis ou destrutivos (Ellis, 1962). Contudo, foi Aaron T. Beck que lhe deu os contornos atuais.

Originalmente um psicanalista, Beck queria validar empiricamente o modelo psicanalítico da melancolia, que se baseava na concepção de uma raiva retrofletida do indivíduo que experimentava perdas significativas. Seus pacientes, ao invés de relatarem hostilidade nos sonhos que descreviam ou nos seus discursos em suas sessões de psicanálise, narravam experências de fracasso, incompetência, incapacidade, etc. Beck concluiu que isso parecia demonstrar certas características do processamento cognitivo de seus pacientes deprimidos e a relação destas, como sintomas por eles apresentados. Desenvolveu então um modelo teórico e uma prática correspondente, submetendo-os a verificações experimentais que os validaram (Beck, 1967; Beck e Alford, 2011).

Na mesma época, as Terapias Comportamentais também começaram a valorizar progressivamente os aspectos cognitivos (Bandura, 1969; Mahoney, 1974) com o consequente desenvolvimento de uma abordagem *cognitivo-comportamental* (Hawton e cols., 1989). Há fortes evidências de que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) já se estabeleu como a principal vertente terapêutica, uma vez que ela tem sido aprovada em testes relativos a vários tipos de transtornos, como transtorno depressivo maior (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006), transtorno de pânico e agorafobia (Craske & Barlow, 2014), transtorno de ansiedade generalizada (Dugas & Robichaud, 2009; Wells, 2009; Roemer & Orsillo, 2010), transtorno obsessivo-compulsivo (Clark, 2004), transtorno de ansiedade social (Hoffman & Otto, 2008), transtorno de estresse pós-traumático (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009), transtornos alimentares (Fairburn, 2008), abuso e dependência de álcool e drogas (Zanelatto & Laranjeiras, 2013), transtorno bipolar (Basco & Rush, 2007), esquizofrenia (Beck & cols, 2010), etc. (Canceil et al., 2004).

FUNCIONAMENTO COGNITIVO

As interpretações que um indivíduo faz do mundo estruturam-se progressivamente, durante o seu desenvolvimento, formando esquemas ou regras. Esses esquemas orientam, organizam, selecionam suas novas

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

interpretações e ajudam a estabelecer critérios de avaliação de eficácia ou adequação de sua ação no mundo. Em uma analogia, pode-se dizer que funcionam como as regras gramaticais na regulação do comportamento verbal (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997).

Esquemas são espécies de "fórmulas" que uma pessoa tem a seu dispor para lidar com situações regulares de maneira a evitar todo o complexo processamento que existe quando uma situação é nova. Orientam e ajudam uma pessoa a selecionar os detalhes relevantes do ambiente e a evocar dados arquivados na memória também relevantes para sua interpretação. Em condições normais, um estado de prontidão cognitiva varia de acordo com mudanças na estimulação. Se houver uma persistência desse estado em diversas situações, o esquema está evidenciando um viés que denuncia a ativação de um *modo*. Um modo ativado significa que o indivíduo fica funcionando apenas naquela função (em "*looping*") durante certo período de tempo. Há vários tipos de modos: negativistas, narcisistas, de vulnerabilidade, paranoides, obsessivos, dependentes, etc. (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997).

A ativação de um modo estimula a ativação de esquemas correspondentes e de determinados estados de prontidão cognitiva. Ambos irão disparar *Pensamentos Automáticos* (PAs), que são verbalizações (ou imagens) encobertas, específicas, discretas, telegráficas, reflexas, autônomas e idiossincráticas sentidas como plausíveis e razoáveis. Os PAs vão produzir as emoções correspondentes e, através deles, pode-se vir a descobrir os esquemas que os geraram. A análise dos PAs e de seus esquemas geradores tornará possível descobrir os tipos de distorções cognitivas que sustentam as patologias com que nos defrontamos. Cada patologia tende a funcionar com tipos específicos de distorções cognitivas (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997).

Resumidamente, pode-se dizer que qualquer emoção depende da avaliação que um indivíduo faz de uma situação. Por exemplo, é possível imaginar duas pessoas que estejam sendo conduzidas aos seus respectivos andares por um elevador que, inesperadamente, para. A primeira pode pensar: "Vou chegar atrasada ao dentista", o que produz nela uma leve irritação, enquanto a segunda pode pensar: "Não vou conseguir respirar! Vou morrer!", o que vai lhe fazer experimentar uma reação de medo muito intensa.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Isso é a mesma coisa que Epicteto disse no século I depois de Cristo: "Perturbam os homens não as coisas, senão a opinião que delas têm". Ou Albert Ellis, com seu modelo ABC, em que A se refere aos acontecimentos ativadores, B se refere as crenças (do inglês *beliefs*), e C, as consequências emocionais e comportamentais (Ellis, 1962). Ou ainda, os pacientes deprimidos de Beck que podem pensar, enquanto rolam na cama: "Não adianta eu tentar fazer qualquer coisa: nada vai mudar".

PRINCÍPIOS BÁSICOS

A TC é uma abordagem ativa, diretiva e estruturada, usada no tratamento de uma variedade de problemas psiquiátricos, fundamentada no modelo cognitivo e caracterizada pela aplicação de uma variedade de procedimentos clínicos como introspecção, *insight* ou teste de realidade, que visam corrigir concepções equivocadas que geram sentimentos perturbados e comportamentos desajustados (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997).

Uma sólida relação terapêutica é uma condição necessária para uma TC efetiva. Atributos como empatia, interesse genuíno, calor humano e autenticidade devem estar presentes em todo terapeuta cognitivo. O processo psicoterapêutico é visto como um esforço colaborativo entre terapeuta e paciente que, em conjunto, estabelecem os objetivos da terapia e de cada sessão, o prazo e a duração do contrato terapêutico, os "sintomas-alvo", as tarefas para as sessões subsequentes, etc. Cabe ao paciente realizar as tarefas e exercitar as habilidades que estiver adquirindo, ficando clara, assim, a participação ativa do paciente em seu processo de mudança (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997).

A TC usa primariamente um *método socrático*: assim, de forma alguma ela pode ser persuasiva. Transcorre fundamentalmente em torno de perguntas que o terapeuta faz para o paciente, de modo que este possa questionar os fundamentos de seus pensamentos automáticos e que, reconhecendo a ausência desses fundamentos, possa modificá-los. Esses questionamentos giram em torno, basicamente, de uma busca de evidências que sustentam (ou não) as crenças e os pensamentos automáticos, bem como de alternativas possíveis para interpretar a situação.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

A falta ou insuficiência de evidências justificáveis e a concepção de outras interpretações tendem a abalar a confiança numa crença, tornando-a uma hipótese entre outras, sujeita a verificação. Assim, a TC visa ajudar o paciente a processar as informações de um modo semelhante ao utilizado por um cientista em seu trabalho, modo utilizado também pelo próprio paciente quando está envolvido em situações não prejudicadas por um processamento falho como, por exemplo, quando investiga as razões de um vazamento de água, ou uma falha elétrica ou um tremor na direção de um veículo. Podemos perceber, então, que a TC também se utiliza de um *método indutivo*, na medida em que toma as evidências dos dados como instrumento de avaliação da credibilidade das hipóteses (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997).

A TC é *orientada para o problema*, não para a personalidade. É *estruturada* e *diretiva* para atingir seus objetivos de mudança na situação problemática específica. Para isso, se baseia em um *modelo educacional* com o objetivo de ensinar ao paciente recursos e habilidades para lidar sozinho com novas situações com as quais se defronte no futuro. O *trabalho de casa* é considerado um aspecto central da TC, uma vez que o trabalho desenvolvido nas sessões é limitado pelo tempo, e que o tempo fora das sessões pode ser eficientemente utilizado para novas experiências e exercícios corretivos de suas crenças disfuncionais (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997).

PROCESSO TERAPÊUTICO

Parte da sintomatologia de um paciente pode ser atribuída à incompreensão daquilo que lhe acontece. É fundamental que, seja como elemento de aliança terapêutica, seja já como parte do processo de mudança, haja uma *explicação detalhada* da lógica da TC e da compreenção possível, até o momento, da problemática trazida pelo paciente. Esse passo inicial é importante, pois proporciona certo grau de alívio do sofrimento ao paciente em consequência de ter sido compreendido; é importante também para que, através desse alívio, haja um correspondente aumento da esperança de resolução de seus problemas; também é importante para o estabelecimento de uma aliança terapêutica produtiva,

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

para o compromisso com um contrato de trabalho firmado em bases de cooperação mútua; e, finalmente, para o entendimento do que se pretende fazer, do que se espera do paciente, e como isso se insere no processo e no resultado (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997).

O enfoque da TC se baseia na ideia de que pensamentos geram os afetos e os comportamentos que constituem a queixa do paciente. A detectação desses pensamentos durante a sessão, quando estão "quentes" e "vivos", é crucial para uma adequada demonstração das distorcões cognitivas em andamento. Contudo, é importante que, com essa experiência, o paciente aprenda a detectar por si mesmo os pensamentos disfuncionais como um primeiro passo para aprender a manejá-los. Para isso, são usados os Registros de Pensamentos Disfuncionais (RPDs), nos quais, tomando-se os afetos como marcadores de uma ocasião apropriada para uma entrada, são registrados os acontecimentos (dia, hora, situação), os sentimentos e as reações corporais associadas, bem como os pensamentos e as imagens relevantes (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997).

Muito do funcionamento perturbado de um paciente se deve, em primeiro lugar, a crenças nucleares que o paciente foi construindo a partir de suas experências, sobretudo infantis. Essas crenças se mantém em decorrência de certos erros ou distorções que ocorrem quando são feitas interpretações, como aquela descrita acima referente ao elevador (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997). As principais distorções cognitivas podem ser observadas no Quadro 3.1.

Quadro 3.1 Principais distorções cognitivas

1. Pensamento tudo ou nada: é a tendência a interpretar todas as experiências em termos de categorias opostas e polarizadas (preto/branco, tudo/nada, sempre/nunca, perfeição/fracasso, absoluta segurança/perigo total).
2. Filtro mental: é a tendência a focalizar apenas um detalhe retirado de um contexto, ignorando outros aspectos também importantes, e conceber a totalidade da experiência com base no fragmento.
3. Pular para conclusões: é a tendência a chegar a uma conclusão (ou regra) na ausência de provas suficientes, ou por meio de um raciocínio lógico falho.
4. Hipergeneralização: é a tendência a ver um evento negativo único como parte de um padrão interminável de perigos ou de sofrimentos.

continua

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quadro 3.1 *Continuação*

5. Desqualificação do positivo: é a tendência a rejeitar experiências ou fatos positivos por insistir que "não contam" por algum motivo.

6. Advinhação: é a tendência a antecipar que "as coisas vão dar errado" de qualquer maneira, sem base para essa afirmação.

7. Raciocínio emocional: é a tendência a tomar as próprias emoções como provas de uma "verdade".

8. Rotulação: é a tendência a descrever erros por características estáveis do comportamento ou por rótulos pessoais.

9. Tirania dos "deveria": é a tendência a dirigir a própria vida em termos de "deverias" e "não deverias", por avaliações de "certo" ou "errado".

10. Personalização: é a tendência a se ver como causador de fatos ruins, sem o ser, de fato.

11. Leitura mental: é a tendência a antecipar negativamente, sem provas, o que as pessoas vão pensar sobre você.

12. Catastrofização: é a tendência a exagerar a probabilidade e a magnitude dos efeitos de uma situação antecipada.

Fontes: Beck, Rush, Shaw, & Emery (1997); Burns (1980).

Na medida em que o paciente tenha adquirido uma compreensão da lógica do processo, aprendido a detectar os pensamentos disfuncionais e a fazer reestruturações de suas cognições, a extensão do tratamento para fora do contexto terapêutico passará a ocorrer fora das sessões pela realização das tarefas de casa. A aprendizagem realizada pelo paciente de como questionar e reestruturar suas crenças disfuncionais poderá ser aplicada por ele próprio em seu dia a dia e registrada nos RPDs para posterior análise (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997).

As técnicas terapêuticas são aplicadas para identificar, testar na realidade e, com isso, corrigir concepções errôneas, ajudando o paciente a pensar de forma mais objetiva e realista. Elas envolvem ensinar ao paciente a observar e modificar seus pensamentos automáticos depois de ele reconhecer os vínculos entre cognições, afetos e comportamento. São utilizadas também para examinar evidências pró e contra seus pensamentos automáticos, para substituir as cognições automáticas tendenciosas por outras mais orientadas para a realidade e para aprender a identificar e alterar as crenças e esquemas disfuncionais que sustentam e geram os pensamentos automáticos (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1997).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Concluindo, pode-se afirmar que o conceito mais importante na TC é o de *restruturação cognitiva*, isto é, substituir pensamentos incorretos por avaliações fundamentadas em fatos objetivos da realidade.

MINDFULNESS

O termo *mindfulness* é frequentemente utilizado como um constructo, um estado mental ou um amplo escopo de práticas de meditação. Embora venha sendo relacionado à meditação de forma mais generalizada, é importante ressaltar que histórica e conceitualmente suas origens estão enraizadas na filosofia budista e em algumas técnicas específicas de meditação (Rapgay & Bystrisky, 2009).

Como já abordado no Capítulo 2, as práticas de *mindfulness* auxiliam a ampliar a consciência do momento presente, exercendo o não julgamento e a não reatividade aos estímulos internos e externos (Kabat-Zinn, 1990). São caracterizadas por uma consciência aberta em relação às experiências sensoriais e cognitivas, incluindo uma metaconsciência dos conteúdos dos pensamentos (Cahn & Polish, 2006), adotando uma orientação marcada por abertura, curiosidade e aceitação (Bishop et al., 2004).

Muitos textos budistas consideram o fato de que a meditação fornece um suporte importante para que numa fase mais avançada a consciência do momento presente permita a identificação de pensamentos e sentimentos adaptativos e mal-adaptativos. Para isso, tanto concentração como atenção plena (no sentido de *bare attention*) devem ser desenvolvidas, sendo indispensáveis para se atingir esse estado de consciência "pura", que se antecipa a classificações conceituais ou emocionais a respeito do que está acontecendo. Quando desenvolvido esse estado, considerado de sabedoria (*wisdom*), a percepção direta da natureza verdadeira de si mesmo e da realidade pode surgir. O desenvolvimento de *mindfulness* (*sati*) dentro dessa perspectiva permite lidar com tranquilidade, calma e de forma satisfatória com experiências negativas, como preocupações, ansiedades e inquietações (Gilpin, 2009), fazendo distinção entre projeções e equívocos do praticante (Uchiyama, 2004). Con-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

siderando especialmente esse aspecto, podemos pensar no quanto as meditações baseadas em *mindfulness* podem ser efetivas para uma ampla variedade de doenças, e muitos esforços têm sido feitos no sentido de incorporar elementos de *mindfulness* nas modernas intervenções psicológicas.

MEDITAÇÃO *MINDFULNESS VERSUS* INTERVENÇÕES BASEADAS EM *MINDFULNESS*

Chiesa e Malinowski (2011) ressaltam a diferença entre *meditação mindfulness* (*Mindfulness Meditations* – MM) e *Intervenções Baseadas em Mindfulness* (*Mindfulness-Based Interventions* – MBI), apontando diferenças significativas entre as MMs e as MBIs. É importante trazer aqui essas diferenças para que compreendamos como que essas práticas vêm sendo adaptadas para o contexto secular e, especialmente, de saúde. Embora ambas (MMs e MBIs) tenham suas bases enraizadas no Budismo, nas práticas MBIs essa influência é marginal, não havendo vinculação com a religião, ao passo que as clássicas MMs são norteadas pela filosofia Budista (Chiesa e Malinowski, 2011).

A essência das práticas de *mindfulness* se situa na prática da atenção deliberada sobre a experiência que emerge, no momento presente, com espírito de aceitação em relação ao que surge. Classicamente, o treinamento envolve sustentar atenção plena na respiração, estando consciente das sensações de seu corpo (prova bastante consistente do "estar presente") (Rapgay and Bystrisky, 2009).

As práticas e os treinamentos em *mindfulness* apresentam três elementos essenciais, que serviram de base aos programas de MBIs: (1) o desenvolvimento da consciência através de práticas formais de meditação (escaneamento corporal ou *Body Scan*, meditação sentado, movimento *mindful*) e de práticas informais (cultivo da consciência no presente do dia a dia); (2) atitude de gentileza, curiosidade e vontade de estar presente, que são deliberadamente cultivadas na prática e emergem espontaneamente dela; (3) compreensão da vulnerabilidade humana, aprendendo através da prática que o sofrimento faz parte da existência

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

humana, mas que podemos aprender a sair de padrões habituais de conduta (Crane, 2009).

Elementos fundamentais ligados à prática de *mindfulness* que irão favorecer a mudança são "aceitação" e "não julgamento da experiência". Trata-se de um paradoxo inerente ao processo, como diria Crane (2009). Ao aceitar o que está presente dentro de nós (ao invés de tentar mudar o que já é), podemos conseguir diminuir o peso que recai sobre aquela experiência e, com isso, diminuindo o estresse, a resistência e a tensão, o problema se torna menos complicado, sem esse "extra" que acrescentamos normalmente. Aumenta aí a nossa capacidade de lidar com o mesmo, ampliando nossa condição de resposta. É isso que Hayes, Strosahl, & Wilson (1999) defendem na Terapia de Aceitação e Compromisso (ver Capítulos 7 e 8).

Entre as MBIs, a mais conhecida e que deu origem a todas as outras é a Redução de Estresse Baseada em *Mindfulness* (Mindfulness-Based Stress Reduction – MBSR – ver Capítulo 4 desta obra), desenvolvida por Kabat-Zinn (1990). O programa foi desenvolvido no ambiente da medicina comportamental e visa justamente o controle do estresse e ao relaxamento, principalmente entre populações que sofrem de dores crônicas e de doenças relacionadas ao estresse. O programa é conduzido em um curso com duração de 8 a 10 semanas para grupos de até 30 participantes, que se encontram semanalmente para receber instruções sobre a prática de *mindfulness*, juntamente com discussões sobre estresse, enfrentamento (*coping*) e tarefas de casa. Um dia inteiro de prática intensiva (7-8 horas) acontece na sexta sessão (Baer, 2003). Esta tornou-se a base de todos os cursos MBIs que se seguiram, cada um deles focado em um objetivo específico: prevenção de recaída nas drogas, na depressão, em transtornos alimentares, etc.

À exceção de MBSR (que está descrito pormenorizadamente no Capítulo 4 deste livro), os programas MBIs que se seguiram, todos clinicamente orientados, com o objetivo do alívio de sintomas psicológicos e físicos, sofrem profunda influência de teorias psicológicas, especialmente da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), buscando aliviar a "bagagem extra" que se amontoa sobre os sintomas, como os pensamentos negativos (Chiesa & Malinowski, 2011).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Os protocolos MBIs são programas breves de meditação baseados especialmente em três diferentes técnicas: escaneamento corporal (também chamado de *body scan*), meditação sentado e prática de Hatha Yoga, conforme pode ser observado no Quadro 3.2:

Quadro 3.2 Escaneamento corporal, meditação sentado e Hatha Yoga

1. Escaneamento corporal: consiste em 45 minutos de um exercício no qual a atenção é direcionada para diversas áreas do corpo, com a pessoa deitada, com os olhos fechados. As sensações em cada área do corpo são cuidadosamente observadas. **2. Meditação sentado:** os participantes são instruídos a buscar uma posição confortável, porém em uma postura que permita se manter desperto, com os olhos fechados, levando sua atenção para as sensações da respiração. **3. Hatha Yoga:** as posturas da Hatha Yoga são usadas para ensinar *mindfulness* das sensações corporais durante pequenos movimentos. Os participantes também são estimulados a praticar *mindfulness* durante suas atividades diárias, como caminhando, comendo, etc.

Fonte: Baer (2003).

Depois de MBSR, dentre os mais conhecidos programas ditos MBIs estão: *Mindfulness-Based Cognitive-Therapy* (MBCT – Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness*, ver Capítulo 5 desta obra) (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) e *Mindfulness-Based Relapse Prevention* (MBRP – Prevenção de Recaída Baseada em *Mindfulness*) (Bowen, Chawla, Marlatt, 2011).

TCC E TERAPIA COGNITIVA BASEADA EM *MINDFULNESS*

A Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT – *Mindfulness Based Cognitive Therapy*; ver Capítulo 5) tem suas origens em bases científicas da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e no programa de MBSR, que por sua vez tem suas bases enraizadas em 2.500 anos de tradição dentro do contexto budista (Crane, 2009).

A MBCT foi originalmente desenvolvida para pacientes com um problema clínico particular: a vulnerabilidade à recaída na depressão. Contudo, ao longo do tempo, vem sendo testada para outras demandas

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

terapêuticas, como pacientes oncológicos, síndrome da fadiga crônica, transtornos de ansiedade e redução do estresse de forma geral. Configura-se como uma prática terapêutica que busca encorajar os pacientes a encarar suas experiências de uma forma diferente a que normalmente estão habituados, ou seja, sem julgamento (Chiesa & Malinowski, 2011). Dessa forma, sua relação com pensamentos e sentimentos ditos desafiadores pode se tornar diferente da habitual.

O programa incorpora ferramentas típicas da TCC (principalmente envolvendo exercícios de como lidar com o prenúncio da depressão) com práticas de meditação *mindfulness* como, por exemplo, a minimeditação, chamada de respiração de três minutos, que é o primeiro passo ao lidar com situações difíceis e com sentimentos de desconforto (Williams, Teasdale, Segal, & Kabat-Zinn, 2007).

Assim como o programa de MBSR, oito sessões integram o programa de MBCT, descritas no Quadro 3.3, cujos temas variam a cada semana.

Quadro 3.3 Sessões semanais de MBCT

Semana 1: Piloto automático;
Semana 2: Lidando com barreiras;
Semana 3: *Mindfulness* na respiração (e o corpo em movimento);
Semana 4: Permanecendo presente;
Semana 5: Aceitação e "deixar estar";
Semana 6: Pensamentos não são fatos.
Semana 7: Como posso cuidar melhor de mim?
Semana 8: Usando o que aprendi para lidar com humores futuros

Fonte: Crane (2009).

A contribuição da TCC dentro do programa de MBCT se traduz essencialmente pela compreensão do processo da depressão assim como na abordagem (Beck, Rush, Shaw and Emery, 1997). Elementos muito presentes nos quadros de depressão, como a ruminação (autocrítica, foco em si mesmo, pensamentos negativos repetidos) e a esquiva (não entrar em contato com a experiência direta de pensamentos desafiadores, sensações corporais e emoções), são considerados gatilhos, e a

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

compreensão desses processos irá auxiliar no tratamento, tanto de base cognitivo-comportamental como no MBCT. Em ambos, o foco está em mudar as crenças no conteúdo dos pensamentos. O foco no treinamento sistemático em estar mais consciente, momento a momento, das sensações corporais, dos pensamentos e das emoções como eventos no campo da consciência auxilia sensivelmente na mudança da relação com esses pensamentos, que antes eram entendidos como realidade e agora passam a serem vistos apenas como produtos da mente ("pensamentos são só pensamentos") (Crane, 2009).

Três são os aspectos principais dessa abordagem: (1) a depressão é vista como uma condição recorrente (ao invés de ficar na expectativa de uma cura definitiva, irreal, busca-se aprender a conviver com ela, reconhecendo o prenúncio e prevenindo recaídas); (2) reconhecer o ciclo repetitivo que se inicia com humor triste, que pode ser um (3) gatilho para padrões habituais de pensamentos de se autodenegrir, ruminações, culminando com evitação. As práticas de *mindfulness* ampliam a consciência do paciente em relação a esse ciclo, colocando-o inicialmente em contato com as sensações e pensamentos-gatilho, permitindo a ele uma nova perspectiva do processo: pensamentos negativos e ruminações, assim como queda de humor, são aspectos da experiência, ao invés de serem aspectos centrais do *self* (perspectiva descentralizada), e tornam-se a chave na prevenção de recaídas na depressão (Crane, 2009).

A MBCT tem sido recomendada pelo *National Institute for Clinical Excellence* (2009), na Inglaterra, como um programa efetivo para pessoas com história de depressão recorrente (três episódios). Muitos países, incluindo Reino Unido, Holanda e Austrália, têm estabelecido treinamentos em MBCT para os profissionais de saúde que trabalham na prevenção da depressão em seus *settings* de trabalho (Crane, 2009; Kuyken, 2013).

Nesses países, o tratamento de base para a depressão é cognitivo-comportamental com administração de medicamentos antidepressivos, mas, em geral, considera-se que muito pouco se investe em programas de prevenção psicossociais, como no caso de MBCT. A implementação disto encontra-se em uma fase inicial e enfrenta barreiras na transferência de

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

evidências de pesquisa para a prática, mas há grande expectativa de que possa se disseminar, inclusive para outras populações e *settings*, a partir de maiores investigações sobre sua efetividade e eficácia (Crane, 2009; Kuyken, 2013).

TCC E PREVENÇÃO DA RECAÍDA BASEADA EM *MINDFULNESS*

O programa MBRP (*Mindfulness-Based Relapse Prevention*) integra práticas de *mindfulness* com abordagem cognitivo-comportamental baseada em técnicas de prevenção de recaídas nas drogas. O principal objetivo é auxiliar as pessoas que passaram pelo tratamento para prevenção de recaída no uso de substâncias a se manterem abstinentes, caracterizando-se, portanto, como adjunto ao tratamento propriamente dito, de base cognitivo-comportamental. Em contraponto a uma abordagem mais tradicional ao uso de drogas, que se baseia na culpa, vergonha e censura, a abordagem em MBRP se baseia na aceitação e abertura, combinando técnicas e estratégias da Prevenção de Recaída com técnicas baseadas em *mindfulness* (Bowen et al., 2011).

Comparado às intervenções cognitivo-comportamentais, o curso de MBRP tende a ser um processo experiencial, com limitada inclusão de instruções psicoeducacionais ou teóricas (Bowen and Vieten, 2012). O paciente já vem de um tratamento de base no qual conceitos relacionados à prevenção de recaída foram trabalhados, muitas vezes, e acaba por fazer uma correlação do que está vivenciando nas oito sessões de MBRP com o que "aprendeu" no tratamento padrão sobre: fissura, piloto automático, estratégias de enfrentamento, ciclo da recaída, autoeficácia, etc. O modelo da Prevenção de Recaída (PR) se tornou uma importante ferramenta de trabalho na área de drogas, sendo incorporado em várias modalidades de tratamento (como na TCC, programa dos 12 passos, farmacoterapia) (Hendershot, Witkiewitz, George, & Marlatt, 2011).

O programa é composto por oito sessões e a cada semana se trabalha um tema diferente, conforme apresentado no Quadro 3.4.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quadro 3.4 Sessões semanais do MBRP

Sessão 1: Piloto automático e recaída;
Sessão 2: Consciência, gatilhos e fissura;
Sessão 3: *Mindfulness* no dia a dia;
Sessão 4: *Mindfulness* em situações de alto risco;
Sessão 5: Aceitação e desenvolvimento de habilidades;
Sessão 6: Enxergando os pensamentos como pensamentos;
Sessão 7: Autocuidado e estilo de vida;
Sessão 8: Suporte social e prática contínua.

Fonte: Bowen, Chawla, & Marlatt (2011).

Resultados preliminares de estudos-piloto testando a efetividade e a eficácia de MBRP na recuperação de dependentes de drogas, assim como na manutenção de sua abstinência, ainda são incipientes, porém animadores, de forma que o programa merece ser mais amplamente testado (Penberthy et al., 2013). Esse protocolo vem sendo testado e adaptado à realidade brasileira por um grupo de pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) em parceria com a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), juntamente com uma das idealizadoras do protocolo de MBRP, Dra. Sarah Bowen, da Universidade de Washington (Seattle), tendo seus resultados preliminares sido apresentados em congressos nacionais e internacionais, com publicação de estudos de casos relativos ao piloto e ao estudo principal (Souza, Barros, Kozasa, Bowen, Pereira, Noto, 2014; Souza, Little, Noto, 2014).

O treinamento segue os passos dos protocolos de MBIs já citados anteriormente, com as oito sessões de MBRP (esse protocolo encontra-se publicado em português por Souza, na obra de Araújo, 2013). O paciente é treinado a observar sensações de desconforto ou emoções sem julgamento, com aceitação. Com o decorrer do treinamento, a ideia é ajudar o paciente a não sucumbir a comportamentos e reações automáticas (piloto automático), lidando especialmente com a fissura que sente em usar drogas de uma forma diferente, conseguindo explorar outras possibilidades de resposta (mais adaptativas) diante do desconforto (Bowen et al., 2011).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

RELAÇÃO ENTRE TCC E *MINDFULNESS*

A prática de *mindfulness* confere aos praticantes uma habilidade. Intencionalmente, a pessoa se desengaja de comportamentos automáticos que, em geral, trazem prejuízo para sua saúde e bem-estar. Nos mais diversos programas MBIs, a saída do piloto automático é um grande ganho, permitindo que a pessoa tenha novas experiências diante de antigas situações. Conforme descreveu Crane: "A capacidade de agir no piloto automático traz à humanidade muitas vantagens, mas ao mesmo tempo pode ser causa de sofrimento" (Crane, 2009, p. 22).

A fala de um paciente envolvido no estudo-piloto citado anteriormente sobre o programa de MBRP que vem sendo testado no Brasil denota isso com clareza. Esse estudo compreendia um grupo de tabagistas tratado pelo protocolo do Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Nacional de Câncer (INCA) e depois submetido às oito sessões de MBRP:

> Eu consegui mudar minha alimentação totalmente... Hoje como com mais calma, observando o que estou comendo e isto me gera mais saciedade, menor ansiedade, emagreci 15 kg neste um ano. Meu sono também melhorou muito. E parei com a bebida. Hoje só tomo alguma coisa em festa, mas percebi que aqueles colegas de bar estão ali somente pela bebida, tudo é a bebida... Muito sem sentido... Nem tenho ido mais ali. (Paciente P., masculino, 56 anos, aposentado, pai de família) (Souza, Barros, Kozasa, Bowen, Pereira, & Noto, 2014, p. 123-124).

Observa-se que o paciente aqui não se refere aos benefícios da abstinência do tabaco propriamente dita (apesar de ter permanecido abstinente do tabaco ao longo do processo, mantendo-se em *follow up* de 1 ano), pois sua capacidade de ampliar a experiência através da meditação permitiu que alterasse também sua dieta, sua relação com a bebida alcoólica e com a experiência de "ir ao bar".

As habilidades desenvolvidas com a prática de *mindfulness* auxiliam muito na mudança de padrões de pensamentos disfuncionais, assim como na mudança de atitudes decorrentes desses pensamentos. Uma observação "sem julgamento" permite ao paciente começar a lidar com os pensamentos e emoções como eventos, produções desen-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

cadeadas pela nossa mente. Isso permite avaliar esses eventos como algo que não necessariamente exprime a realidade (Baer, 2003).

Se considerarmos os quadros de ansiedade e depressão, constatamos que os pacientes sofrem por padrões de pensamentos caracterizados como disfuncionais, ou seja, que trazem consequências negativas. Esses pensamentos, que são recorrentes nesses quadros (relacionados, em geral, ao passado, na depressão, e ao futuro, na ansiedade), formam um espiral o qual, muitas vezes, sem ajuda, o paciente não consegue interromper, caindo no piloto automático. As práticas que, por exemplo, auxiliam o paciente a categorizar os pensamentos (rotulando-os um a um, na medida em que surgem na mente durante a meditação – "fantasia", "planejamento", "expectativa", etc.) permitem que ele os observe como sendo somente pensamentos, eventos produzidos pela mente, o que favorece a mudança dessa relação (Crane, 2009).

Dessa forma, observamos que o paciente passa a desenvolver um automanejo diante daquilo que anteriormente o conduzia à espiral, permitindo também uma reestruturação cognitiva e emocional que favorece a redução de comportamentos impulsivos, potencializando o funcionamento psicológico (Baer, 2003).

Os treinamentos em *mindfulness* favorecem a aceitação diante daquilo que a pessoa não consegue mudar (e. g., alteração de humor na depressão, fissura pela droga, etc.), permitindo a ela experienciar aquele desconforto, o qual pode ser visto como um visitante, que a qualquer momento vai embora. Ao passo que, agindo no piloto automático, anteriormente ele reagiria, buscando uma droga, por exemplo (Bowen et al., 2011). Essa habilidade, considerada metacognitiva, permite que a pessoa monitore e controle processos internos patológicos, impedindo que reproduza padrões disfuncionais anteriores (Rapgay and Bystrisky, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisas recentes na teoria da emoção como as de Gross e Thompson (2007) têm descrito modos diferentes de conceber a regulação emocional entre situações, emoções e comportamentos, como pode ser visto na Figura 3.1:

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

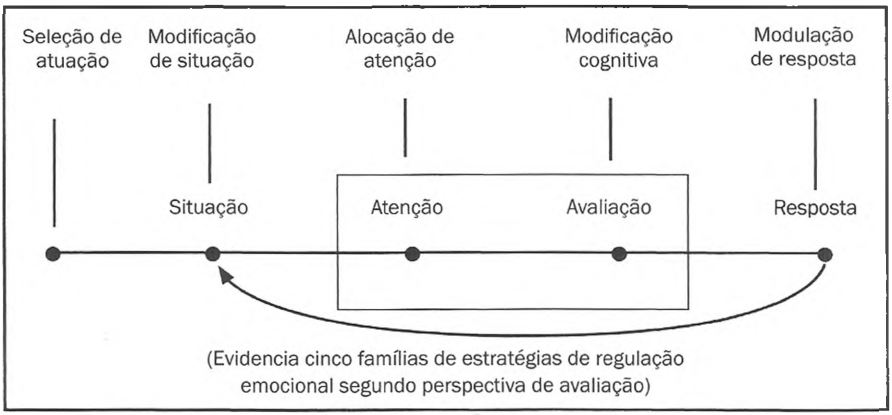


Figura 3.1 Modelo processual da regulação emocional.
Fonte: Gross & Thompson (2007).

Segundo esses autores, em relação a uma situação específica, um indivíduo pode: (1) selecionar a situação; (2) modificar a situação; (3) alocar atenção; (4) avaliar/modificar a situação; (5) responder com intensidades variáveis. O item 3 representa uma novidade, pois diz respeito a alocar uma atenção mais ou menos intensa ou até ignorar a situação. É nisso que se sustentam as práticas meditativas ou contemplativas: uma atenção plena não julgadora. O item 4, por sua vez, refere-se às práticas cognitivas de restruturação e reavaliação das interpretações que o indivíduo faz em cada situação.

Segundo Melo (2012), ao longo do processo de geração emocional, podemos utilizar diferentes estratégias, conforme pode ser observado no Quadro 3.5.

Quadro 3.5 Processo de geração emocional e utilização de estratégias

Antes de a situação ocorrer, utilizar a estratégia:
☐ **Seleção de Situação:** selecionar se queremos enfrentar ou evitar determinada situação a depender do tipo de emoção que se deseje ou não experimentar imediatamente depois. Exemplos muito comuns desse tipo de estratégia em nosso cotidiano: escolher ouvir ou não determinado tipo de música (*blues, new age, rock,* etc.), assistir ou não determinado tipo de filme (terror, romance, ação, etc.), pessoa fóbica evitar ou não uma situação ansiogênica para si (multidão, altura, ratos, insetos, tocar em lixo, etc.).

continua

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quadro 3.5 *Continuação*

Enquanto a situação está ocorrendo, utilizar as estratégias:

☐ **Modificação de Situação:** ou seja, tentar mudar a situação enquanto ela ocorre, para modificar seu impacto emocional. Exemplos comuns: fazer uma piada para amenizar uma gafe, decidir sair com os amigos no domingo de sol caso o (a) namorado (a) já tenha outro compromisso, usar lenço para tocar em maçaneta que se acredite contaminada, fingir estar irritado para encobrir ansiedade social excessiva em festa, etc.

☐ **Mobilização/Alocação da Atenção:** se refere à estratégia de influenciar a resposta emocional ao redirecionar a atenção durante uma situação. Exemplos comuns: focar a atenção no (a) namorado (a) durante uma cena de filme particularmente entediante, prestar atenção no texto que se está lendo apesar da discussão em voz alta dos vizinhos do andar de baixo, assistir ao filme durante viagem de avião especialmente turbulenta, "grudar" a atenção nos amigos durante festa em que não se conheça a maioria das pessoas, etc.

☐ **Modificação/Reavaliação Cognitiva:** estratégia amplamente utilizada em terapia cognitiva, conhecida também como reestruturação cognitiva, refere-se a reavaliar uma situação para modificar seu significado emocional. Pode-se reavaliar a forma como se pensa sobre a situação ou sobre como se percebe a própria capacidade de lidar com ela. Exemplos: reavaliar cena escatológica de filme, notando que ela é composta majoritariamente por efeitos especiais e atores maquiados; perdoar um amigo que passou na rua e não lhe cumprimentou, ao refletir sobre como esse amigo é distraído; diminuir o medo de avião após participar de palestra sobre aviação, etc.

Depois que a situação já tiver ocorrido, utilizar a estratégia:

Modulação de Resposta: influenciar respostas comportamentais, experimentais ou fisiológicas depois de já terem sido iniciadas. Exemplos comuns: esconder irritação com o chefe; beber para "afogar as mágoas"; sair de festa e, assim, diminuir a ansiedade social; estar ansioso e fazer relaxamento diafragmático para se acalmar.

Fonte: Melo (2012).

Pesquisas recentes nas áreas de neurociências têm valorizado estudos com neuroimagens (tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética (RM) e tomografia computadorizada por emissão de fóton único – (*Single Photon Emission Computed Tomography* – PECT). Muitos estudos têm dado sustentação empírica quanto à eficácia de intervenções meditativas, contemplativas ou de ioga em estudos de cérebros de indivíduos que meditam e que não meditam (Kozasa et al., 2008; Dalai Lama & Goleman, 2003).

É possível concluir que a terapia cognitiva pensada na sua forma plural como *Terapias Cognitivo-Comportamentais*, englobando ainda contribuições mais recentes como a *Mindfulness-Based Stress Reduction*, de

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Kabat-Zinn (ver Capítulo 4), a Terapia Comportamental Dialética de Linehan (ver Capítulos 15 e 16), a Terapia de Aceitação e Compromisso de Hayes (ver Capítulos 6-10), a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness*, de Segal, Williams e Teasdale (ver Capítulo 5), e a Terapia de Prevenção de Recaída Baseada em *Mindfulness* (abordada brevemente neste capítulo), torna-se aceitável e mais rica com a utilização de métodos contemplativos.

Vale ressaltar que, embora haja um interesse crescente nessa interface entre as práticas contemplativas e a Psicologia, as evidências ainda são poucas, merecendo ser mais amplamente testadas. Muitos são os desafios, sendo um dos principais o fato de se tratar de uma prática que exige um engajamento muito forte do paciente no processo (Crane, 2009).

REFERÊNCIAS

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2).

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Basco, M.R. & Rush, A.J. (2007). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder* (2nd. ed.). New York: Guilford.

Beck, A.T. & Alford, B.A. (2011). *Depressão*: Causas e tratamento. Porto Alegre: Artmed.

Beck, A.T. (1967). *Depression*: Causes and treatment. Philadelphia, University of Pennsylvania Press.

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Trad. Sandra Costa. Porto Alegre: Artmed.

Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N., & Grant. P. (2010). *Terapia cognitiva da esquizofrenia*. Porto Alegre: Artmed.

Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology, 11*, 230-41.

Bowen, S. & Vieten, C. (2012). A compassionate approach to the treatment of addictive behaviors: the contribuitions of Alan Marlatt to the Field of Mindfulness-based Interventions. *Addiction Research & Theory, 20*(3), 243-9.

Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G.A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors*: A clinician's guide. New York: The Guilford Press.

Burns, D.D. (1980). *Feeling good*: The new mood therapy. New York: Harper.

Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*(1), 17-31.

Cahn, B.R. & Polich, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychological Bulletin, 132*, 180-211.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Canceil, O. Cottraux, J., Falissard, B., Flament, M., Miermont, J., Swendsen, J., Teherani, M., & Thurin, J. M. (2004). *Psychothérapie, trois approches évaluées*. Paris: Inserm.

Chiesa, A. & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches: Are they all the same? *Journal of Clinical Psychology, 67*(4), 404-24.

Clark, D.A. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. New York: Guilford.

Crane, R. & Kuyken, W. (2013). The Implementation of mindfulness-based cognitive therapy: Learning from the UK health service experience. *Mindfulness, 4*,246-54

Crane, R. (2009). *Mindfulness-based cognitive therapy*: Distinctive features. New York: Routledge. 176p.

Craske, M.G. & Barlow, D.H. (2014). Panic disorder and agoraphobia. In D. H. Barlow (ed.). *Clinical handbook of psychological disorders* (5th ed.). New York: Guilford.

Dalai Lama & Goleman, D. (2003). *Como lidar com emoções destrutivas para viver em paz com você e com os outros*. Rio de Janeiro: Editora Campus.

Dugas, M. & Robichaud, M. (2009). *Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno da ansiedade generalizada*. Rio de Janeiro: Editora Cognitiva.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart, 1962.

Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford.

Foa, E.B., Keane, T.M., & Friedman, M.J. (2009). *Effective treatments for PTSD*: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies (second edition). New York: Guilford.

Gilpin, R. (2009). The use of Theravda Buddhist practices and perspectives in mindfulness-based cognitive therapy. *Contemporary Buddhism, 9*, 227-51.

Gross, J.J. & Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: conceptual foundations. In J. J. Gross. *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford.

Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., & Clark, D.M. (1989). *Cognitive-behaviour therapy for psychiatric problems*: A practical guide. Oxford: Oxford Medical Publications.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*: An experiential approach to behavior change. New York: Guiford.

Hendershot, C.S., Witkiewitz, K., George, W.H., & Marlatt, G.A. (2011). Relapse Prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 6*, 17.

Hofman, S.G. & Otto. M. W. (2008). *Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder*. New York: Routledge.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Dell Publishing

Kozasa, E.H., Radvany, J., Barreiros, M.A.M., Leite, J.R., & Amaro Jr, E. (2008). Preliminary functional magnetic resonance imaging Stroop task results before and after a Zen meditation retreat. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62*(3), 366.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.

Mahoney, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge. MA: Ballinger.

Melo, N.M.M. (2012). *Terapia cognitivo-com-portamental para crianças e adolescentes com fo-co na regulação emocional* – uma revisão. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Rapgay, L. & Bystrisky, A. (2009). Classical mindfulness: An introduction to its theory and practice for clinical application. *Annals of the New York Academy of Science, 1172*, 148–62.

Roemer, L. & Orsillo, S. (2010). *A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação*. Porto Alegre: Artmed.

Segal, Z.J., Williams, M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*: A new approach to preventing relapses. New York: Guildford Press.

Souza, I. C. W. (2013). A prática de mindfulness na prevenção de recaída. In R. B. Araújo. *Guia de terapias cognitivo-comportamentais para os transtornos do exagero*: Tratando pacientes da vida real (pp. 295-306). Novo Hamburgo: Sinopsys.

Souza, I. C. W., Barros, V. V., Kozasa, E. H., Bowen, S., Pereira, L. H., & Noto, A. R. (2014). Prevenção de recaída baseada em mindfulness: A experiência brasileira. In T. M. Ronzani (Org.), *Intervenções e inovações em álcool e outras drogas*. Juiz de Fora: Editora UFJF.

Souza, I.C.W., Little, S., Noto, A.R. (2014). Mindfulness e dependência química. In C.B. Neufeld, E.M.O. Falcone, & B. Rangé (Orgs.). *Procognitiva*: Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Ciclo 1/ organizado pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. Porto Alegre: Artmed Panamericana.

Uchiyama, K. (2004). *Opening the hand of thought*. Somerville, MA: Wisdom Publications

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford.

Williams, M., Teasdale, J., Segal, Z., & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression*: Freeing yourself from chronic unhappiness. New York: The Guilford Press. 273p.

Zanelatto, N.A. & Laranjeiras, R. (orgs.). (2013). *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportmentais*. Porto Alegre: Artmed.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Redução de Estresse Baseada em *Mindfulness*

4 Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness*

Elisa Harumi Kozasa, Stephen Little e Isabel Cristina Weiss de Souza

....enfrentar os nossos problemas é comumente a única maneira de ultrapassá-los / ...facing our problems is usually the only way to get past them.

Kabat-Zinn (1990, p. 3)

ORIGEM E OBJETIVOS DO PROGRAMA

Dentre os programas de *mindfulness* oferecidos hoje em dia, o *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR – Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* ou Atenção Plena) é o mais conhecido e o mais antigo de todos. Foi criado na Universidade de Massachussetts (UMass) por Jon Kabat-Zinn e sua equipe, que desenvolveram o primeiro e mais amplamente pesquisado programa desse tipo, no final dos anos de 1970. Kabat-Zinn – biólogo, pesquisador e agora professor emérito de Medicina da UMass – construiu um formato de oito aulas (uma aula por semana), nas quais ensina os pacientes a lidar melhor com seus problemas, aprendendo a encará-los, com curiosidade, no momento presente (Kabat-Zinn, 2003).

> *Mindfulness* ou *Atenção Plena*, que é o foco principal deste programa, é definida como: prestar atenção, intencionalmente, no momento presente, sem julgamento (Baer, 2003).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Kabat-Zinn teve seu primeiro contato com o princípio e a prática de Atenção Plena quando conheceu a meditação budista, na década de 1970. No entanto, ele ficou impressionado com um aspecto particular dessa prática milenar ampla: o valor do momento presente, e resolveu aplicá-lo nos casos em que as abordagens ocidentais tradicionais, por si só, não apresentavam resultados satisfatórios, como as dores crônicas. O programa de Kabat-Zinn é oferecido, atualmente, em mais de 400 hospitais em todo o mundo. É um curso baseado na experiência, que desenvolve uma série de habilidades tangíveis, sem promessas de soluções em curto prazo (Kabat-Zinn, 2003).

É um desafio responder a pacientes com doenças crônicas, que já tentaram de tudo, com pouco sucesso, ou que se encontram em situações nas quais a simples prescrição de medicamentos não se apresenta mais como uma solução criativa. Problemas crônicos de saúde, como depressão, dor persistente, ansiedade e estresse, apresentam desafios reais para o paciente e para os profissionais de saúde. O risco, sempre presente, de uma nova crise ou de uma recaída pode facilmente configurar um clima caracterizado, e até mesmo dominado, pelo medo do fracasso.

Pacientes que participam do programa de oito semanas aprendem como um treino da percepção do momento presente pode ajudar a reduzir o estresse. Ao contrário de tentar ignorar o problema ou de tomar algum tipo de atalho, esses cursos ensinam a arte de *navegar,* de uma forma consciente, através de experiências como tristeza, dor física ou momentos de fissura (Kozasa et al., 2012; Ludwig & Kabat-Zinn, 2008).

O ensinamento fundamental é perceber quando a mente tende a reagir automaticamente para, em seguida, trazê-la de volta em relação ao que está acontecendo no momento presente – especialmente ao que está acontecendo no corpo. As habilidades necessárias são ensinadas de forma direta, dentro da série de práticas de meditação silenciosa integrada à vida cotidiana dos participantes (Kabat-Zinn, 2003).

Quando a maioria das pessoas lê a palavra *meditação*, a associação automática é pensá-la como uma espécie de negação mental ou exercício de fuga. Isso é compreensível, pois, por anos, a meditação foi descrita como *esvaziar a mente*. No entanto, a prática de *atenção plena* não contempla esse tipo de exercício. Tampouco depende de frases orientais ou de crença religiosa. É apenas necessário, no início, prestar atenção

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

nas sensações do momento no corpo. A percepção da inspiração e da expiração é a forma mais acessível para *ancorar* a atenção, pois respirar é um ato universal que independe de crenças ou religiões.

Desde o início, realizaram-se estudos para mostrar os benefícios perceptíveis do programa (Ospina et al., 2007). Mesmo que os sintomas e sinais da situação de um paciente permaneçam inalterados, os benefícios da mudança de sua relação interna com esses sintomas e sinais podem fazer uma grande diferença para a sua qualidade de vida como um todo. Aparentemente, as práticas de meditação ensinadas em conjunto com a orientação em *atenção plena* levam a essa mudança interior.

A leitura de que cultivar a percepção do momento presente, todos os dias, durante dois meses, possa ajudar alguém que apresente um problema de saúde crônico pode causar estranheza. No entanto, pouco a pouco, o praticante começa a perceber nuances em sua experiência, à medida que ela acontece durante o dia.

Todos, provavelmente, concordam que prestar um pouco de atenção a uma atividade rotineira pode mudar a percepção sobre a mesma. Começamos a notar o que sempre esteve lá, mas não percebíamos. Ao mesmo tempo, reconhecemos que nossas reações emocionais intensas acontecem muito rapidamente. É comum dizermos: "Fiquei como um peixe fora da água!". E, sem que percebamos, nos vemos comprando (de novo) um par de sapatos que sabemos que não podemos pagar. Ou, podemos estar bem cientes da nossa incrível coleção de sapatos em expansão e do fato de que estamos completamente perdidos em um desejo compulsivo de consumir. Contudo, muitos de nós procuramos soluções que só tratam os sintomas e não a causa ou a necessidade.

É preciso um pouco de habilidade para realmente perceber as microdecisões que tomamos no meio de um turbilhão de emoções e de estimulações. O primeiro passo é perceber e aceitar que essas microdecisões estão sendo tomadas. Elas são palpáveis. Estão acontecendo. Contudo, elas geralmente passam despercebidas porque na maioria das vezes não temos a habilidade de vê-las. Infelizmente, é pelo efeito dessas microdecisões invisíveis, acumuladas ao longo do tempo, que começamos a nos sentir presos, da mesma forma como uma pessoa se aprisiona na areia movediça, parecendo quase impossível ver uma saída.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Por outro lado, com paciência e ao longo do tempo, a prática em *atenção plena* pode nos trazer mais para o momento presente, para que possamos ver essas decisões rápidas no momento em que elas acontecem. Assim como Viktor Frankl (médico psiquiatra austríaco, 1905-1997) disse: "Entre o estímulo e a reposta está a liberdade de escolha do ser humano" (Frankl, 2011, p. 42).

No caso do estresse, parece que a chave para as transformações que acontecem com a prática de *atenção plena* ocorre pela mudança da forma como o praticante presta atenção em uma experiência difícil. Richard Davidson, neurocientista da Universidade de Wisconsin, Madison, estudou como tendemos a negar ou a evitar o estímulo desconfortável no momento em que ele acontece (Davidson, 2001). Ensinar os pacientes a serem curiosos no momento de um evento estressante e desconfortável, através da atenção plena, parece modificar a forma como lidamos com a dor (Davidson et al., 2003).

Os cursos de oito semanas podem ter um efeito bastante profundo sobre os participantes. Eles são projetados para criar um ambiente onde qualquer um pode aprender a partir de qualquer experiência cotidiana. O objetivo não é se tornar um tipo de *atleta da meditação* ou um ser *super-humano*. Não há guru ou uma cultura de tentar *consertar* as pessoas que são vistas como estando *quebradas*. Todos, incluindo o instrutor, estão no mesmo barco. Isso permite aos pacientes (e aos seus médicos ou terapeutas) respirarem um pouco mais. Quando se tem uma prática regular de *atenção plena*, *cair aos pedaços* não é mais o inferno que costumava ser, principalmente porque o medo do fracasso é substituído pelo desejo de praticar.

O valor real de um desses cursos, então, não vem da certeza de que cada um manterá a calma durante situações desafiadoras, ou de que ninguém terá uma crise. Obviamente, seria ótimo se experiências intensas desse tipo não acontecessem. A prevenção de tais eventos é, em última análise, o objetivo de um programa de oito semanas. Contudo, em primeiro lugar, a vida não flui assim. As pessoas podem ter e têm crises durante o curso. Em segundo lugar, se um participante passa por uma crise durante o curso e o desconforto é percebido com plena atenção e com o espírito de exploração, muita coisa pode ser aprendida a partir de toda a experiência (talvez até mais do que se ele se mantivesse *calmo*).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Então, a prevenção é o objetivo final, mas aprender a lidar com o lado vulnerável da vida e aprender a lidar com o que pode ser visto como *fracasso* é geralmente muito mais valioso.

O exemplo de Kabat-Zinn e sua equipe já inspirou uma série de cursos muito semelhantes, cada um deles voltado mais especificamente para uma queixa particular. O programa original (MBSR) é um modelo para os cursos mais recentes, oferecendo um caminho para se lidar com todas as formas de estresse, permanecendo, até os dias atuais, aberto a todos os tipos de pacientes (independentemente de seus sintomas particulares). Os programas mais recentes surgiram como resultado da percepção de uma série de especialistas sobre os limites de seus respectivos campos, à procura de uma abordagem complementar sem a proliferação da *cultura do fracasso* e que ensine habilidades focadas em automanejo.

Mark Williams, Zindel Siegel e John Teasedale – terapeutas cognitivos de renome e especializados no tratamento da depressão – fizeram contato com Kabat-Zinn em 1993. Conheceram, em primeira mão, e se impressionaram muito com as características da abordagem da *atenção plena*, especialmente no que se refere: ao formato de grupo, à ênfase na prática diária, aos ensinamentos não apenas sobre estar presente, mas também sobre ser gentil consigo mesmo e à forma como o curso aborda as expectativas e os resultados. Juntos, eles desenvolveram o programa *Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness* (MBCT, *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* – ver Capítulo 5 desta obra), que tem mostrado resultados promissores para a depressão reincidente. O MBCT compõe, atualmente, a lista recomendada de NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) para prevenção de recaídas em quadros de depressão recorrente (Baer, 2003; Crane & Kukyen, 2013).

Vidyamala Burch, de Manchester na Inglaterra, queria usar sua experiência como professora de meditação e sofredora de dor crônica para criar um curso de prática, especialmente para aqueles que sofrem da mesma condição. Mais uma vez inspirado na obra de Kabat-Zinn, ela desenvolveu o curso *Breathworks Mindfulness* para aqueles que sofrem de dor (Brown & Jones, 2013).

Em Seattle, nos Estados Unidos, Alan Marlatt (1941-2011, Professor de Psicologia e Diretor do *Addictive Behaviors Research Center*, na *University*

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

of Washington) integrou as práticas de Prevenção de Recaída, já consagradas na área de drogas, com o curso original de MBSR e, juntamente com sua equipe, desenvolveu o programa *Prevenção de Recaída Baseada em Mindfulness* (MBRP, *Mindfulness–Based Relapse Prevention* – ver Capítulo 3 desta obra) como adjunto ao tratamento de dependência química. O protocolo do MBRP já foi apresentado em *workshops* e seminários no Brasil nos anos de 2013 e 2014, pela equipe do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), envolvida em pesquisas na área, com colaboração e parceria da Dra. Sarah Bowen, integrante da equipe de Dr. Marlatt, da *University of Washington*.

Retomando:

Origem e objetivos do programa

- Dentre os programas de *mindfulness* oferecidos hoje em dia, o *Mindfulness-Based Stress Reduction* (Redução de Estresse Baseado em Mindfulness ou Atenção Plena) é o mais conhecido e o mais antigo de todos.
- O MBSR ensina os participantes a lidar melhor com os seus problemas, aprendendo a encará-los, com curiosidade, no momento presente.
- O MBSR deu origem a outros programas como o *Breathworks*, o *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) e o *Mindfulness-Based Relapse Prevention* (MBRP).

DESCRIÇÃO DO PROGRAMA

O MBSR é um curso baseado na experiência que desenvolve uma série de habilidades palpáveis. Geralmente, como um primeiro passo, é oferecido para aqueles que querem experimentar a prática e ver se ela lhes convém um *workshop* introdutório curto, em formato de grupo. Dessa forma, os participantes do *workshop* podem experimentar um pouco do valor de *mindfulness* e tirar suas dúvidas a respeito, antes de se comprometerem com um programa mais intensivo.

Durante o *workshop*, os participantes recebem instruções sobre uma das práticas básicas e sobre como a *atenção plena* pode ser usada para melhorar o tratamento do estresse. As oficinas iniciam, em geral, com um exercício que envolve comer uma uva-passa em 15 minutos.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Não é exatamente o que as pessoas esperam quando fazem uma aula sobre redução de estresse! No entanto, mais tarde, muitos notam que nem sempre prestam atenção à comida que comem. É uma rara oportunidade para que sintam de fato a forma como são intensamente afetados por comportamentos automáticos. Isso pode ser um alívio para aprender a experimentar cada mordida como se fosse a primeira vez, ao invés de se deixar dominar sucessivamente por tendências compulsivas. Além disso, o exercício com as passas pode indicar a possibilidade de trazer o mesmo tipo de curiosidade e atenção para as situações de estresse. Por que não aprender a vivenciar, por completo, o processo de mudança física e emocional que acontece no mesmo momento em que uma reação de estresse está acontecendo no corpo? O programa de oito semanas é, simplesmente, um treinamento mais aprofundado em tudo o que foi apresentado no *workshop*.

Como já foi explicado, as habilidades necessárias são ensinadas de forma direta, dentro da série de práticas de meditação silenciosa, a qual é integrada à vida cotidiana dos participantes. Geralmente, antes de se inscreverem, as pessoas interessadas recebem uma lista de informações sobre o programa, que inclui:

Quadro 4.1 Lista de informações sobre o programa

- O objetivo do curso é aprender novas formas de lidar com nosso humor e emoção;
- O curso nos ensina a cuidar melhor de nós mesmos, para que estejamos aptos a viver integralmente e de maneira saudável. Ajuda-nos a lidar com os problemas da vida - físicos, mentais, sociais e emocionais;
- Pode ser estressante participar do curso. Encontrar o tempo necessário para a prática requer mudanças na rotina. O programa incentiva voltarmos, gradualmente, a atenção ao que está acontecendo em nossa experiência atual, mesmo às situações desagradáveis ou difíceis. Essa atitude é parte importante da aprendizagem, ou seja, de permanecer com os problemas e dificuldades em vez de ignorá-los e evitá-los;
- O programa do curso incentiva o desenvolvimento da habilidade de estarmos conscientes de nossas experiências (prazerosas ou não), de momento a momento, para aprendermos a responder mais sabiamente às situações, ao contrário de simplesmente reagirmos a elas automaticamente;
- Em geral, o curso ajuda a lidar com dificuldades atuais - o problema pode não mudar muito, mas a forma como nos relacionamos com ele, pode.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Cada participante recebe uma apostila e um CD ao final de cada aula. Os CDs têm uma versão gravada da prática de meditação que foi ensinada naquela aula. A ideia é que cada participante pratique essas meditações em casa, uma vez por dia, até a próxima aula, usando o CD como suporte. Essas práticas silenciosas formam a base do programa.

Entretanto, este não é um curso de meditação. As práticas de meditação são parte de uma formação mais extensa sobre como lidar com o estresse quando ele está acontecendo. Assim, a partir da primeira aula, são ensinadas algumas formas de praticar a *atenção plena* durante o dia. Elas são chamadas práticas *não formais*. Uma das formas mais óbvias de prática não formal é fazer uma ou duas refeições por semana em silêncio – prestando atenção, da mesma forma como acontece com o exercício com a uva-passa. A cada semana, um novo aspecto de como lidar com o estresse usando *atenção plena* é introduzido. Os participantes têm a chance de trocar experiências durante a aula e de aprender a encarar os seus próprios desafios particulares. Geralmente, com a proximidade do fim do programa, todos os participantes realizam 8 horas de prática em um único dia.

Retomando:

Descrição do Programa

- O primeiro passo é um *workshop* introdutório.
- O programa tem duração de oito semanas, com encontros semanais mais um breve retiro de 8 horas.
- São abordadas práticas formais (como a meditação sentado) e informais (como comer em atenção plena).

TÉCNICAS ENSINADAS

Originada das práticas meditativas orientais, o cultivo de *mindfulness* através da prática de meditação vem crescendo exponencialmente na cultura ocidental nas últimas décadas, especialmente no contexto da saúde (Kabat-Zinn, 1990).

Em contraste com os estados da mente nos quais a atenção é focada nos mais diversos lugares – especialmente em problemas, preocupações,

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

projetos futuros, lembranças do passado, expectativas, etc. – sem consciência do que se *cultiva* na mente nessas condições, a atenção plena que se busca desenvolver através das práticas de *mindfulness* inclui um estado de compaixão, simpatia e *coração aberto* às experiências que surgem e são observadas no momento presente (Baer, 2006), como já dito neste capítulo.

A meditação *mindfulness* é uma ferramenta disponível para todos e pode auxiliar no desenvolvimento de qualidades positivas e na redução do sofrimento. No mundo ocidental, ela vem sendo estimulada entre os profissionais de saúde para a diminuição de seus próprios sintomas relativos ao estresse (Beach et al., 2013), assim como para seus pacientes, que sofrem da mais diversa gama de doenças, como câncer, dores crônicas, fibromialgia, ansiedade, depressão, dependência de drogas, transtornos alimentares, doenças cardiológicas, gastrointestinais, etc. (Cebolla, García-Campayo, & Demarzo, 2014).

As intervenções baseadas em *mindfulness* incluem desde práticas formais de meditação até métodos informais para ensinar os pacientes a desenvolver a consciência plena (*mindful awareness*), como tem sido chamada no Brasil (Roemer & Orsilo, 2010).

As práticas formais se caracterizam por um modelo de meditação no qual o praticante fica sentado (ou deitado, em alguns casos específicos) por cerca de 45 minutos enquanto dirige sua atenção de uma forma guiada. No começo, essa orientação é dada por um instrutor treinado ou por um CD gravado e, depois, com o passar do tempo e maior prática, espera-se que o praticante consiga guiar-se sem a necessidade desses recursos externos (Baer, 2006).

Outras práticas menos formais e mais curtas que enfatizam *mindfulness* no dia a dia também são estimuladas: as *práticas informais*. Nas práticas informais, sugere-se que o praticante traga sua consciência *mindful* (plena) para suas atividades do cotidiano, ou seja, que entre em contato, por alguns minutos, com as experiências rotineiras como se fosse a primeira vez que as estivesse fazendo como, por exemplo, ao comer algo, caminhar pelas ruas, tomar banho, dirigir um veículo, etc. (Baer, 2006).

O *Programa de Redução de Estresse Baseado em Mindfulness* (MBSR) (Kabat-Zinn, 1990) prevê as práticas formais e informais, assim como outros programas baseados em *mindfulness* que seguiram seu modelo –

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), por exemplo (Segal, Williams, & Teasdale, 2002).

As instruções são comuns entre as práticas formais e informais, quando os praticantes são estimulados a focar sua atenção diretamente na atividade que estiverem exercendo naquele momento como, por exemplo, focar a respiração, a caminhada, o ato de comer e observar tudo isso com generosidade e aceitação. É importante, nessas oportunidades, que o praticante observe que, muitas vezes, sua atenção vagueia entre pensamentos, memórias e fantasias, o que é natural e considerado apenas mais um evento dentre outros. Nessas situações, ele é orientado a apenas observar cuidadosamente esse processo que acontece com sua mente, reparando em como se sente, em que parte do corpo essas sensações se situam, e talvez observar que elas alternam de lugar (coração, estômago, tórax, etc.). Na medida em que se percebam devaneando, são orientados a voltar sua atenção para a respiração (estímulo específico ligado ao presente) (Baer, 2006).

Impulsos, necessidade premente de reagir a um estímulo qualquer, como mudar de posição durante a meditação em razão de algum desconforto físico postural, também são observados cuidadosamente, sem que seja necessário reagir a eles (Baer, 2006). Esse tipo de orientação é importante para que o praticante experimente a aceitação de uma forma concreta e perceba que é possível, muitas vezes, conviver com os desconfortos, que são inerentes à vida humana (e muitas vezes não são passíveis de serem mudados), sem que reaja de forma estereotipada. Isso lhe permite uma economia de energia e a saída de *pilotos automáticos*, especialmente em situações disfuncionais (Segal et al., 2002).

Durante as práticas, os praticantes são encorajados a *rotularem* suas experiências de uma forma breve, que expresse o que está acontecendo naquele momento. Algo do tipo: *sentindo triste*, *pensando*, *quero me movimentar*. A ideia é entrar em contato com aquela experiência, porém sem articular pensamentos, sem julgar, aliviar ou tentar mudar algo. Ao invés disso, as emoções, as cognições e as sensações são observadas, bem como a forma como elas vêm e vão. A própria experiência de rotular pensamentos, à medida que surgem na mente, permite que o praticante de *mindfulness* perceba esse fluxo de ideias e que não se agarre a nenhuma delas (Baer, 2006).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Abordagens baseadas em *mindfulness* têm ampla aplicação para diversas populações com diferentes demandas clínicas como, por exemplo, no caso deste capítulo, na redução do estresse, que pode estar associado a algum quadro clínico específico, como dores crônicas, no caso de pacientes que sofrem com câncer, ou depressão, ou para aqueles que apenas buscam maior bem-estar (Baer, 2006; Beach et al., 2013).

O MBSR surgiu no ambiente da Medicina Comportamental e é baseado no treinamento intensivo de meditação, tanto entre as oito sessões que formam o programa, quanto nas práticas que são sugeridas, com ênfase para que sejam desenvolvidas em casa, sempre buscando a consciência do momento presente (Baer, 2006; Kabat-Zinn, 1990).

As sessões de MBSR iniciam, geralmente com uma sessão de orientação e avaliação, que acontece individualmente ou em pequenos grupos, em que são esclarecidas dúvidas e discutidas as razões pelas quais os pacientes foram levados até ali. Também são esclarecidos aspectos relevantes relativos ao processo de estresse especificamente (componentes fisiológicos, psicológicos e percepções sobre o estresse). Os pacientes são impelidos a se comprometer com sua presença nas oito sessões e com a prática da meditação em casa (ao menos 45 minutos por dia, seis dias na semana) (Baer, 2006).

As sessões de MBSR são altamente experienciais, e longas discussões ou argumentações são evitadas, para que as pessoas sejam realmente estimuladas a mergulhar na experiência do momento presente (Kabat-Zinn, 1990).

Apresentaremos a seguir as principais práticas de meditação que fazem parte do programa de MBSR. Vale ressaltar que todas as práticas são permeadas pelos sete pilares de MBSR: não julgamento, paciência, *mente de iniciante*, confiança, não lutar, aceitação e libertar-se (deixar passar, desapegar-se), atitude de curiosidade e exploração (Kabat-Zinn, 1990).

Prática da uva-passa (*raisin exercise*)

Trata-se da primeira prática e tem um papel muito importante. Coloca-se as pessoas ali presentes em contato com o ato de comer uma uva-passa de uma forma como talvez nunca antes o tivessem feito. Nesse exercício, os praticantes são levados a explorar a uva-passa em detalhes, na palma de sua mão, antes de degluti-la: sua cor, forma, espes-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

sura, sombra, textura, cheiro, eventuais barulhos ao se aproximar dos ouvidos. Sempre levados a observar o que estão sentindo naquele momento e orientados em relação aos pensamentos que possam surgir no caminho como sendo eventos mentais que vêm e passam. A seguir, são orientados a colocar a uva-passa nos lábios e a perceber se existe alguma urgência (em devorá-la, por exemplo), salivação, ou alguma ideia relativa à experiência, mas que retornem sua atenção à uva-passa.

Aos poucos, os praticantes são orientados a dar as primeiras mordidas, a observar o que acontece dentro da boca e, depois, a engolir. Essa experiência é bastante marcante para a maioria das pessoas que passam por ela, sendo muitas vezes uma das primeiras experiências *mindful* de muitos. Saindo do piloto automático, muitas pessoas relatam que nunca haviam comido uma uva-passa dessa forma e que, inclusive, se sentiram muito mais saciados dessa vez com uma única uva, do que em outras oportunidades em que encheram a boca com várias uvas-passas de uma só vez. Aumentando a consciência diante da experiência, ampliam-se também as possibilidades de escolha. Essa prática desmistifica a ideia de que meditar seria algo extraordinário, e mostra que ela pode fazer parte do dia a dia (Baer, 2006; Kabat-Zinn, 1990).

Escaneamento corporal (*body scan*)

Os participantes são convidados a se deitar ou a ficar sentados em uma posição confortável, mas vígil, com a coluna reta, de olhos fechados, se assim preferirem. Nessa prática, a atenção é levada à experiência de diversas partes do corpo, começando pelos dedos do pé, pernas, tronco, braços, pescoço e cabeça. Levar a respiração até cada região e permitir que ela *saia* dali algumas vezes também é um exercício de foco bastante estimulado nessa prática. Não é um exercício de relaxamento, portanto, os praticantes não são orientados a estarem relaxados, assim como recebem a informação de que não há o que esperar desse exercício, que não existe um objetivo específico a atingir, certo ou errado. Eles devem simplesmente observar o que está acontecendo com seu corpo naquele momento. O escaneamento corporal é praticado durante as sessões 1, 2 e 8, e os participantes são orientados a praticar em casa. Direcionar a atenção para

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

algo particular é algo importante a ser percebido pelos praticantes nesse exercício. Assim como em outras práticas, nesse caso, ao se perceber divagando entre pensamentos, voltar a atenção ao escaneamento corporal é a orientação dada (Baer, 2006; Kabat-Zinn, 1990).

Meditação Sentado (*sitting meditation*)

Os participantes são convidados a buscar uma posição confortável, porém alerta, vígil. Podem praticar sentados em uma cadeira firme, desde que não se encostem ao espaldar da cadeira, ou no chão, sobre almofadas de meditação. Mais uma vez são convidados a manter sua coluna reta, os olhos fechados ou abertos (porém direcionados a um ponto), como preferirem. Primeiramente, através da atenção na respiração e observando as sensações associadas a ela, por alguns minutos, são levados a observar as sensações em seu corpo: alguma dor, sensação de desconforto (ou conforto), temperatura, formigamento, sempre com curiosidade e sem julgamento. Caso ocorra alguma urgência em se movimentar, sugere-se que o praticante observe e tente não se mover, a não ser que realmente se faça necessário, mas, nesse caso, que o faça com consciência. O participante é convidado a perceber todos os eventos que surgem naquele momento, entre pensamentos, emoções e sensações, mas que não se apegue a nenhum deles, deixando-os passar. Desconfortos fazem parte de nossa experiência do presente.

A meditação da montanha também é usada nesse caso e inclui imagens de estabilidade, força e quietude, exposta às intempéries das diversas estações do ano. Praticada entre as sessões 2 e 7, por períodos de 10 a 45 minutos, também são estimuladas a serem praticadas em casa, inclusive utilizando-se de CD gravado (Baer, 2006; Kabat-Zinn, 1990).

Hatha Yoga

Através dos movimentos da Hatha Yoga, que são feitos de forma lenta e consciente, os participantes são levados a perceber as sensações do corpo e a respiração naquele momento presente. Cada um respeitando os seus limites, as posturas da Yoga permitem que o praticante faça uma observação

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

sem julgamento, com aceitação e consciência de seu corpo como é. Não é um exercício físico, portanto não pretende mudar nada nem chegar a um objetivo específico, mas ampliar a consciência de seu corpo. É praticada na sessão 3 de MBSR e estimulada para que seja feita em casa, orientados por um vídeo gravado (Baer, 2006; Kabat-Zinn, 1990).

Meditação caminhando (*walking meditation*)

Como afirma Kabat-Zinn (1990), tendemos a viver de forma muito inconsciente, e não atentamos para algo como andar, agindo de forma muito automática, sem perceber os movimentos e o jogo de equilíbrio que acontece. Nessa prática, o participante é levado a caminhar de forma mais lenta, que pode ser em um espaço externo ou dentro de uma sala, pois não se tem o objetivo de chegar a nenhum lugar. A atenção é levada às sensações dos pés, pernas, coxas, tendões, que participam do movimento. Estar consciente do caminhar, conforme ele acontece, essa é a prática. Muitas vezes, pessoas que relatam ter maior dificuldade em se aquietar inicialmente nas práticas meditativas experimentam maior conforto em práticas como esta, de meditação caminhando. Essa prática também pode fazer parte do dia a dia, sendo exercida no caminho para o trabalho ou até o carro, em momentos de nosso cotidiano (Baer, 2006; Kabat-Zinn, 1990).

Mindfulness no dia a dia

Os participantes de MBSR são estimulados a praticar *mindfulness* em seu dia a dia, nas atividades de seu cotidiano. Trazer a consciência, de forma plena, às suas atividades pode aumentar a autoconsciência e ampliar as possibilidades de escolha diante das mais diversas situações, permitindo sair do piloto automático. Essas práticas complementam as práticas formais e são reforçadas por elas.

Muitas vezes, a ausência de consciência nos mantém presos a ciclos de reação ao estresse. Segundo Kabat-Zinn, a alternativa saudável, ao invés de manter-se nesse padrão de autodestruição, como ele chama, é parar de *reagir* ao estresse e começar a *responder* a ele. Assim, "este é o caminho de *mindfulness* no dia a dia" (Kabat-Zinn, 1990, p. 263).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Obstáculos

Existem alguns obstáculos comuns aos praticantes de meditação que são considerados e discutidos como, por exemplo, sensação de sono ou de relaxamento (o relaxamento não é o objetivo da prática, pode ou não vir como consequência da mesma), distração, pensamentos negativos sobre a prática. Também nesse caso, o praticante é levado a tomar consciência desses obstáculos, a aceitar a presença deles e a procurar persistir em sua prática (Baer, 2006).

Um dia de prática

Na semana 6, os participantes se engajam em um dia inteiro de práticas, em silêncio, sem manter contato visual com as pessoas. O objetivo é estar presente e aceitar o que surgir naquele dia. Alguns praticantes experimentam muita satisfação, enquanto outros sentem dor, desconforto e agitação. Contudo, trata-se de uma experiência importante, para que tenham a oportunidade de se aprofundar nas práticas, além de serem levados a não reagir de forma habitual, recorrendo à TV, à internet, à leitura e a tarefas, como usual. Ao final desse dia, os participantes discutem sobre como foi sua experiência (Baer, 2006).

Tarefas de casa

As tarefas de casa são essenciais para dar continuidade às práticas e desenvolver a habilidade da meditação. São 45 minutos de prática formal e de 5 a 15 minutos de prática informal, seis dias na semana, estimuladas e apoiadas por CD e por vídeos gravados. Quando não fazem as tarefas de casa, o instrutor de MBSR estimula que os participantes relatem essa experiência de não terem feito a tarefa. Sempre são encorajados a aceitar todas as experiências, incluindo irritação, medos, reações emocionais e incertezas sobre se a meditação pode ajudar ou não. Atitudes de punição e crítica são evitadas por parte dos instrutores (Baer, 2006).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

Tarefas ensinadas

- Prática da uva-passa.
- Escaneamento corporal.
- Prática da meditação sentado.
- Hatha yoga.
- Meditação caminhando.
- *Mindfulness* no dia a dia.

APLICABILIDADES E EVIDÊNCIAS DE EFETIVIDADE

De acordo com o *Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society* (2014), o *Programa de Redução de Estresse Baseado em Mindfulness* (MBSR) tem sido recomendado para uma série de condições de saúde como um complemento para tratamentos médicos e psicológicos (não para substituí-los), elencados no Quadro 4.2.

Quadro 4.2 Condições de saúde para as quais o MBSR é recomendado

– Ansiedade;
– Estresse no trabalho, família ou finanças;
– Asma;
– Câncer;
– Doenças crônicas e dor;
– Depressão;
– Transtornos alimentares;
– Fadiga;
– Fibromialgia;
– Problemas gastrointestinais;
– Dor de cabeça.
– Problemas cardiovasculares;
– Ataques de pânico;
– Estresse pós-traumático;
– Problemas de pele;
– Problemas de sono.

Fonte: Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society (2014).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Desde a criação do MBSR, diversas pesquisas têm sido desenvolvidas sobre a efetividade do programa: inicialmente, para dores crônicas; em seguida, para problemas relacionados ao estresse. Atualmente, existem estudos sobre seus efeitos para diversos transtornos mentais e para diversos problemas de saúde física. Há ainda estudos avaliando programas baseados em *mindfulness* na educação e promoção de saúde. Neste capítulo, vamos apresentar alguns estudos recentes sobre o MBSR.

Estresse pós-traumático

Em um estudo recente com veteranos de guerra, um problema crescente em países como os Estados Unidos, após a aplicação do MBSR, em um formato de nove semanas, incluindo meditação sentado e caminhando, ioga, escaneamento corporal, discussões a respeito de dor, estresse e *mindfulness*, foi encontrada uma redução significativa em ansiedade, depressão e ideação suicida. Escores de saúde mental melhoraram. Contudo, não aconteceram melhoras em intensidade de dor e funcionalidade física (Serpa, Taylor, & Tillisch, 2014). Esse estudo prospectivo não tinha um grupo controle. Ainda hoje, uma das críticas que comumente acontecem nos trabalhos da área de *mindfulness* é que há diversos estudos com a técnica que não apresentam um controle experimental adequado, apesar dos indícios favoráveis sobre a efetividade do programa.

Dores crônicas

Em um estudo controlado e randomizado, realizado com 109 pacientes com dores não específicas, os participantes foram divididos em um grupo MBSR ou uma lista de espera, foram avaliadas: dor, função física e mental, aceitação da dor e qualidade de vida relacionada à saúde. Foi encontrado um aumento significativo da escala de vitalidade no SF-36 (escala de qualidade de vida relacionada à saúde); ocorreu redução de sintomas de ansiedade e depressão, melhora do bem-estar psicológico, sentimento de controle da dor e maior aceitação da dor. Não foram encontradas diferenças significativas entre os resultados após a intervenção quando comparados a um *follow-up* de

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

seis meses, indicando que os benefícios basicamente foram mantidos após seis meses (la Cour & Petersen, 2014). O MBSR foi inicialmente delineado para pacientes com dores crônicas e, ainda hoje, estudos com melhor controle vêm comprovando que seus efeitos se mostram benéficos para essa condição de saúde. Essa área de dores crônicas é uma das mais promissoras não apenas para atuação dos profissionais envolvidos com MBSR, mas para o desenvolvimento de práticas integrativas ou complementares de saúde em geral, pois certamente não é possível administrar analgésicos e anti-inflamatórios por tempo prolongado sem efeitos colaterais.

Em uma revisão sobre intervenções baseadas em meditação para o tratamento de fibromialgia, apenas quatro estudos eram randomizados e controlados e dois deles utilizavam MBSR como tratamento para os pacientes, obtendo resultados positivos na qualidade de vida relacionada à saúde e em sintomas de depressão (Kozasa et al., 2012).

Função e estrutura cerebral

Um número considerável de pesquisas sobre função e estrutura cerebral, seja em estudos sobre meditação, seja em programas como o MBSR, tem surgido, notadamente, a partir da década passada. O avanço das tecnologias e das metodologias de análise em neuroimagem, em especial a ressonância magnética funcional, permitiu esse avanço do estudo do cérebro.

Santarnecchi et al. (2014), por exemplo, publicaram um interessante estudo sobre interações entre mudanças neuroanatômicas e psicológicas, após um treinamento baseado em *mindfulness* (MBSR) de oito semanas. Foi encontrado um aumento na ínsula direita e no córtex somatossensorial no grupo que treinou MBSR, comparados a controles pareados por idade e gênero, relacionados a índices psicológicos de preocupação, estado de ansiedade, depressão e alexitimia. Um resultado de destaque foi o aumento da ínsula direita (em termos de espessura cortical) e uma redução de níveis de alexitimia com o treinamento em MBSR. Em outras palavras, talvez o treinamento em MBSR possa ajudar as pessoas a verbalizar e a descrever melhor suas emoções e senti-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

mentos. Esse estudo está alinhado com os resultados do primeiro trabalho publicado sobre as diferenças na espessura cortical de meditadores e de não meditadores, em que os meditadores com extensa experiência em *insight meditation*, que tem um importante componente de *mindfulness*, apresentavam maior espessura cortical em áreas relacionadas à atenção, à interocepção e ao processamento sensorial, como o córtex pré-frontal e a ínsula anterior direita (Lazar et al., 2005). A espessura cortical das duas regiões se correlacionou com a experiência em meditação, indicando a importância da prática regular e, ainda, que o tempo de prática pode fazer toda a diferença.

Câncer

Uma das doenças que mais tem recebido atenção nas últimas décadas é o câncer. Sabe-se que não basta tratar o tumor, mas é importante dar suporte para diversos aspectos psicológicos e comportamentais dos pacientes, em especial quando ocorrem metástases. O MBSR havia sido avaliado como um programa de autogerenciamento do câncer em estágios iniciais, mas o primeiro estudo em pacientes com metástase foi publicado por Eyles et al., em 2014. Ao final do estudo, notou-se a necessidade de se adaptar o programa a essa população, pois as oito semanas de cometimento e o tempo semanal necessário foram inviáveis para muitas candidatas. De qualquer maneira, as participantes que puderam aderir ao estudo (fizeram as práticas durante a semana) tiveram melhoras em escores de ansiedade e qualidade de vida. Devido às dificuldades de recrutamento, esse estudo não foi um estudo clínico randomizado. Nos últimos anos, observa-se um aumento do número de estudos sobre intervenções baseadas em *mindfulness* para pacientes com câncer.

Insônia

Cinquenta e quatro pacientes com insônia crônica participaram de um estudo controlado e randomizado. Os participantes foram divididos em três grupos, sendo que um grupo participou de MBSR, outro

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

de MBTI (*Mindfulness-Based Therapy for Insomnia* – Terapia Baseada em *Mindfulness* para Insônia) e outro de um programa de automonitoramento (SM – *Self-Monitoring*). O tempo total em que permaneceram acordados teve uma redução significativa nos pacientes que participaram dos programas de *mindfulness* (MBSR ou MBTI). Cada intervenção foi superior ao SM, mas não houve diferenças estatisticamente significativas entre o MBSR e o MBTI, quando comparados os momentos pré-intervenção e pós-intervenção. Porém, após seis meses de *follow-up*, o MBTI mostrou reduções maiores do Índice de Gravidade de Insônia ao ser comparado ao MBSR. Esse estudo indica, portanto, que programas baseados em meditação *mindfulness* podem ser considerados como um tratamento viável para adultos com insônia crônica, podendo ser uma alternativa para o tratamento tradicional da insônia (Ong et al., 2014).

Dores de cabeça

Um dos sintomas frequentemente associados ao estresse são as dores de cabeça. Um estudo-piloto, controlado e randomizado, contou com 19 participantes: 10 no grupo MBSR e 9 com tratamento convencional. Apesar da pequena amostra de participantes, foi possível verificar que não ocorreram efeitos adversos e que não houve *dropouts*, além de uma aderência excelente, com práticas meditativas realizadas pelos participantes com duração média de 34 minutos diários. Os participantes do MBSR tiveram menos enxaquecas por mês, mas esse efeito não chegou a ser estatisticamente significante devido à pequena amostra estudada. As dores de cabeça foram menos severas no grupo MBSR e mais breves. Estudos com uma amostra maior precisam ser realizados.

Cuidadores familiares

Cuidadores familiares de pacientes com problemas crônicos estão mais sujeitos a desenvolver depressão e problemas emocionais. Poucos estudos têm avaliado o potencial do MBSR em melhorar o bem-estar

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

mental. Os cuidadores (n = 141) participaram ou do MBSR, ou de um grupo de autoajuda. Os participantes do grupo MBSR tiveram uma redução significativa em sintomas de depressão após a intervenção e depois de três meses. A melhora no estado de ansiedade foi maior no grupo MBSR comparado ao grupo-controle. Os participantes tiveram melhoras significativas no controle de pensamentos negativos e *mindfulness* no grupo MBSR no *follow-up* de três meses comparado ao grupo-controle. Não ocorreram, porém, diferenças estatisticamente significantes entre os grupos no estresse percebido, qualidade de vida e autocompaixão (Hou et al., 2014).

Retomando:

Aplicabilidades e Evidências de Efetividade

De acordo com o *Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society*, o Programa de Redução de Estresse Baseado em *Mindfulness* (MBSR) tem sido recomendado para uma série de condições de saúde como um complemento para tratamentos médicos e psicológicos (não para substituí-los), tais como: ansiedade, estresse, asma, câncer, doenças crônicas, dores, depressão, transtornos alimentares, fadiga, fibromialgia, problemas gastrointestinais, problemas cardiovasculares, ataques de pânico, estresse pós-traumático, entre outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existem evidências dos efeitos do MBSR para diferentes problemas de saúde, porém existem desafios a serem vencidos nas pesquisas sobre o programa, como o tempo necessário semanal, que pode ser muito longo para alguns grupos de pacientes (e. g., pacientes em metástase). É necessário realizar mais estudos clínicos controlados e randomizados, preferencialmente com um grupo-controle ativo. Estudos com maior número de participantes também precisam ser conduzidos. De qualquer maneira, a adoção desse programa, em especial para pacientes com problemas crônicos de saúde, constitui uma importante opção e complemento ao tratamento tradicional.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

REFERÊNCIAS

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*,125-43.

Baer, R. A. (2006). *Mindfulness-based treatment approaches*: A clinician's guide to evidence base and applications. San Diego: Elsevier.

Beach, M. C., Roter, D., Korthuis, P. T., Epstein, R. M., Sharp, V., Ratanawongsa, N., . . . Saha, S. (2013). A multicenter study of physician mindfulness and health care quality. *Annals of Family Medicine, 11*,421-8.

Brown, C. A. & Jones, A. K. (2013). Psychological correlates of improved mental health in patients with musculoskeletal pain after a mindfulness-based pain management program. *The Clinical Journal of Pain, 29*, 233-44.

Cebolla, A., García-Campayo, J., & Demarzo M. (2014). *Mindfulness y ciencia*: De la tradición a la modernidad. Buenos Aires: Alianza Editorial.

Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society. (2014). *Stress R25eduction*: Mobilize your own inner resources for learning, growing, and healing. Retrieved from http://www.umassmed.edu/cfm/Stress-Reduction/

Crane, R. S., & Kukyen, W. (2013). The implementation of mindfulness-based cognitive therapy: Learning from the UK health service experience. *Mindfulness,4*, 246-54.

Davidson, R. J. (2001). The neural circuitry of emotion and affective style: Prefrontal cortex and amygdala contributions. *Social Science Information, 40*, 11-37.

Davidson, R. J., & Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., . . . Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine, 65*(4), 564-70.

Eyles, C., Leydon, G. M., Hoffman, C. J., Copson, E. R., Prescott, P., Chorozoglou, M., & Lewith, G. (2014). Mindfulness for the self-management of fatigue, anxiety, and depression in women with metastatic breast cancer: A mixed methods feasibility study. *Integrative cancer therapies*. Advance online publication.

Frankl, V. E. (2011). *Em busca de sentido*. (Tradução de W. O. Sclupp & C. C. Avelino, Trad.). (31. ed.). Petrópolis: Vozes.

Hou, R. J., Wong, S. Y., Yip, B. H., Hung, A. T., Lo, H. H., Chan, P. H., . . . Ma, S. H. (2014). The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 83*, 45-53.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*: Using the wisdom of your body and mind to face stress. Pain and Ilness: Delta.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 144-56.

Kozasa, E. H., Tanaka, L. H., Monson, C., Little, S., Leao, F. C., & Peres, M. P. (2012). The effects of meditation-based interventions on the treatment of fibromyalgia. *Current Pain and Headache Reports, 16*, 383-7.

la Cour, P. & Petersen, M. (2014). Effects of mindfulness meditation on chronic pain: A randomized controlled trial. *Pain Medicine*. Advance online publication.

Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., ... Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport, 16*(17), 1893-7.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Ludwig, D. S., & Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in medicine. *Journal of the American Medical Association, 300,* 1350-2.

Ong, J. C., Manber, R., Segal, Z., Xia, Y., Shapiro, S., & Wyatt, J. K. (2014). A randomized controlled trial of mindfulness meditation for chronic insomnia. *Sleep, 37,* 1553-63.

Ospina, M. B., Bond, K., Karkhaneh, M., Tjosvold, L., Vandermeer, B., Liang, Y., . . . Klassen, T. P. (2007). Meditation practices for health: State of the research. *Evidence Report/ Technology Assessment,* (155), 1-263.

Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2010). *A prática da terapia cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação.* Porto Alegre: Artmed.

Santarnecchi, E., D'Arista, S., Egiziano, E., Gardi, C., Petrosino, R., Vatti, G., . . . Rossi, A. 2014). Interaction between Neuroanatomical and Psychological Changes after Mindfulness-Based Training. *PLoS One, 9,* e108359.

Segal, Z. J., Williams, M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*: A new approach to preventing relapses. New York: Guildford Press.

Serpa, J. G., Taylor, S. L., & Tillisch, K. (2014). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) reduces anxiety, depression, and suicidal ideation in veterans [Supplemental material]. *Medical care, 52,* S19-24.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness*

5 Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness*

Marcelo Marcos Piva Demarzo,
Viviam Vargas de Barros e Marcelo Batista de Oliveira

Entre o estímulo e a resposta existe um espaço. Nesse espaço está o nosso poder de escolher a nossa resposta. Na nossa resposta encontra-se o nosso crescimento e a nossa liberdade.

Victor Frankl

INTRODUÇÃO

O *Mindfulness Based Cognitve Therapy* (MBCT), ou Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness*, é um programa altamente estruturado aplicado a grupos de pacientes com depressão maior (depressão unipolar), com o objetivo de prevenir recaídas ou recorrências (Segal et. al., 2002), sendo especificamente recomendado àqueles pacientes com alto risco para recaídas (três ou mais episódios prévios). O MBCT foi desenvolvido no final da década de 1990 pelos terapeutas Zindel Segal, Mark Williams e John Teasdale (Segal et. al., 2002), tendo como base o programa MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction* – ver Capítulo 4 deste livro), criado no final da década de 1970, pelo biólogo americano Jon Kabat-Zinn, na Universidade de Massachussets, somado a elementos da Terapia Cognitivo-Comportamental para depressão maior.

O MBCT é uma das psicoterapias que integram as diretrizes clínicas baseadas em evidências do NICE *(National Institute for Health and*

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Care Excellence[1]) do sistema de saúde inglês (NHS – *National Health Services*) para o tratamento de depressão maior (unipolar). Além de ser eficaz e efetivo como terapia adjuvante na prevenção de recaídas em casos de depressão clínica recorrente, o MBCT tem se mostrado custo-efetivo e igualmente eficaz quando comparado a outros tratamentos ativos, incluindo outras psicoterapias e a abordagem farmacológica (Kuyken, Byford, Taylor, Watkins, Holden, White, et al, 2008; Goyal, Singh, Sibinga, Gould, Rowland_Seymour, Sharma, et al, 2014; Marchand, 2012).

Tanto o MBSR quanto o MBCT têm como base a aprendizagem e a incorporação progressiva de técnicas e exercícios de *mindfulness* (práticas formais e informais de atenção plena – ver descrições no Capítulo 4 deste livro) no cotidiano das pessoas, associadas a conteúdos de psicoeducação de interesse para os pacientes-alvo de cada programa. No caso do MBCT, o conteúdo teórico-prático é desenvolvido dentro de programas altamente estruturados e manualizáveis (Demarzo, 2011), geralmente compostos por oito sessões presenciais em grupos (de 8 a 15 participantes), oferecidas semanalmente (em média, 2 horas de duração cada sessão), com quatro sessões de manutenção ao longo de 12 meses. Pode haver variações desse modelo, incluindo o oferecimento à distância (*online*) (Segal et al., 2002; Plaza, Demarzo, Herrera-Mercadal, & García-Campayo, 2015).

DIFERENÇAS ENTRE O MBSR E O MBCT

Enquanto o MBSR é voltado a "vulnerabilidades gerais" associadas ao estresse crônico e às condições clínicas crônicas em geral, o MBCT foi criado com o objetivo de ajudar pacientes com "vulnerabilidades específicas" associadas à depressão maior, em especial, aqueles pacientes com alto risco de recaídas (Teasdale et. al., 2000). A aplicação baseada em evidências do MBCT é específica para o período de manutenção do tratamento para a depressão maior, visando à prevenção de recaídas e recorrências. O principal objetivo do programa MBCT é habilitar os pacientes para que se tornem mais conscientes dos seus padrões automáticos de pensamentos, sentimentos e sensações corporais,

[1] http://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-recommendations.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

promovendo a aprendizagem de habilidades, baseadas no estado psicológico de *mindfulness*, que permitam aos pacientes o reconhecimento e a autorregulação de padrões cognitivos e comportamentais disfuncionais, especialmente os pensamentos intrusivos e ruminativos associados ao desenvolvimento de quadros depressivos (Teasdale et. al., 2000).

Mecanismos de atuação

Utilizando as práticas de *mindfulness* como componente essencial, o programa MBCT também inclui educação básica (psicoeducação) sobre a clínica e os mecanismos da depressão, tendo como base alguns exercícios da terapia cognitiva, especialmente aqueles que clarificam a inter-relação entre pensamentos, emoções e sensações corporais, e a aprendizagem de estratégias para o reconhecimento e o manejo funcional de vulnerabilidades psicológicas e de disparadores (*triggers*) que levam às recaídas ou recorrências dos quadros depressivos (Crane, 2009).

No caso dos mecanismos relacionados às práticas de *mindfulness*, não se tenta mudar ou reestruturar os pensamentos negativos ou ruminativos. Ao contrário, encoraja-se o paciente a ter uma relação diferente com seus pensamentos, sentimentos e sensações corporais, levando-o a enxergá-los apenas como eventos mentais transitórios (não necessariamente refletindo a realidade ou os fenômenos concretos), fazendo com que ele possa escolher conscientemente como lidar com aqueles eventos mentais de maneira mais funcional, ao invés de reagir com padrões automáticos de resposta, geralmente disfuncionais (Williams et. al., 2012).

O "perceber", o "observar com curiosidade" e a "autocompaixão" desenvolvidos pelas técnicas de *mindfulness* levam a uma mudança de perspectiva em relação aos eventos mentais, o que permite aos participantes do programa perceber o caráter transitório desses eventos, bem como as emoções e reações corporais provocadas, aprendendo a reconhecer de maneira mais eficaz o funcionamento da mente e a notar quando o humor está se alterando de maneira disfuncional (Williams et. al., 2012).

Ao aprender a reconhecer e a não se "deixar levar" por estados mentais ligados a uma cascata disfuncional de pensamentos ruminativos e negativos, em uma espiral depressiva (ver explicação no Quadro 5.1), o participante do programa adota uma postura de abertura, de curiosidade e de

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

aceitação frente ao fenômeno, ao invés da esquiva ou evitação experiencial (ver Capítulo 7 deste livro, para uma melhor definição dos termos), criando uma perspectiva diferente sobre os pensamentos, o que gera um processo incompatível com o pensamento autocentrado e as estratégias analíticas cognitivas (e. g., espiral depressiva) que perpetuam os estados depressivos (Barnhofer, 2009). Dessa forma, aprende-se a permitir que emoções e pensamentos potencialmente depressivos do humor possam aparecer sem que haja a necessidade de "brigar" com eles, "suprimi-los" ou "fugir", desenvolvendo a habilidade de estar no presente momento sem ser "capturado" por pensamentos ruminativos sobre passado ou futuro (Williams et. al., 2012).

Quadro 5.1 Espiral depressiva

A espiral depressiva caracteriza-se pela retroalimentação de respostas emocionais negativas (pensamentos negativos, respostas ruminativas e estado de humor negativo), em um formato de "espiral que se afunila", podendo levar ao quadro de humor depressivo (representado pela parte de baixo, a mais estreita da espiral). A "espiral que se afunila" representa a diminuição de afetos ou de situações positivas de vida e a intensificação de afetos negativos e disfuncionais, dificultando cada vez mais a recuperação e aumentando progressivamente o risco de um quadro depressivo. Por exemplo, sentimentos ou pensamentos de culpa ou de menos-valia frente a uma situação cotidiana "desagradável" (e. g., relacionamento disfuncional entre cônjuges) podem gerar sensações físicas de mal-estar ou cansaço, que por sua vez podem induzir comportamentos disfuncionais, como se afastar de amigos ou da família ou deixar de ir a eventos sociais ou festivos, os quais por sua vez podem retroalimentar os sentimentos e pensamentos de culpa e de menos-valia, em uma "espiral depressiva".

Os mecanismos descritos se baseiam na teoria chamada "Subsistemas Cognitivos Interagindo" (*Interacting Cognitive Subsystems* – ICS) (Teasdale, 1999), cujos componentes centrais são os diferentes modos de funcionamento mental e a consciência metacognitiva. O modelo ICS é baseado na teoria de que a mente tem vários modos de funcionamento que são responsáveis por receber e processar novas informações cognitiva e emocionalmente. Os dois principais modos da mente teorizados por esse modelo incluem o "modo fazer" (*doing mode*) e o "modo ser" (*being mode*). O "modo fazer" também é conhecido como "modo orientado a objetivos", ou solução de problemas, e é desencadeado quando a mente se depara com uma situação de discrepância na qual "a forma como as coisas são" não é compatível com a "forma como a mente quer que as coisas sejam", e assim a mente começa

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

a trabalhar com o objetivo de solucionar tal lacuna ou problema. O segundo modo (modo ser) não está focado em atingir objetivos específicos, ao contrário, a ênfase está em "aceitar e permitir que o que é seja da maneira como é", sem qualquer pressão imediata para mudá-lo.

Nesse contexto, a consciência metacognitiva é a capacidade de observar os pensamentos e os sentimentos negativos potencialmente associados àquela "discrepância" como eventos mentais transitórios, e não como verdades em si. Em teoria, os indivíduos com elevada consciência metacognitiva são capazes de evitar a depressão desencadeada por padrões de pensamentos negativos (disparadores ou *triggers*) relacionados a situações de vida críticas ou "difíceis". Assim, a saúde mental está relacionada com a habilidade de um indivíduo em reconhecer e utilizar adequadamente os dois modos mentais (fazer e ser), e essa habilidade pode ser potencialmente desenvolvida pelas práticas de *mindfulness*, que essencialmente treinam a mente no "modo ser", como também na percepção e consciência (metacognição) do aparecimento de um "modo fazer" disfuncional (Teasdale, 1999).

O programa MBCT

Conforme apresentado, o programa MBCT consiste em oito sessões semanais de 2 horas de duração, com cada sessão tendo um tema e um protocolo a ser seguido. Em geral, há uma palestra prévia de orientação ao programa seguida de uma sessão de avaliação pré-participação (triagem de pacientes adequados para o programa e exclusão de contraindicações, como pacientes em fase aguda de sintomas ou em risco de crises dissociativas ou de despersonalização). O programa conta ainda com uma agenda estruturada de "tarefas de casa", que envolvem geralmente 45 minutos de práticas formais de *mindfulness*, práticas informais e também o registro escrito das experiências (diários de práticas). A cada sessão, o participante recebe um material de apoio teórico (apostilas) e também as práticas de *mindfulness* guiadas gravadas em CD (Crane et al., 2008).

O conteúdo de cada sessão está detalhado no Quadro 5.2. Com exceção da primeira semana, cada sessão começa com uma prática formal que pode ser escaneamento corporal, *mindfulness* dos movimentos, *mindfulness* da respiração ou meditação andando. Em cada sessão, depois da prática formal, haverá uma discussão sobre as experiências (*inquiry*), e essa discussão é

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

feita de maneira específica, orientada para a experiência pessoal com as práticas e para o reconhecimento dos padrões mentais e suas reações. Poemas ou histórias lúdicas algumas vezes são utilizados para a contextualização e discussão do objetivo de cada encontro, oferecendo uma maneira alternativa de elucidar o tema e potencializar a aprendizagem. Cada sessão é finalizada com uma prática de *mindfulness* (Crane, 2009).

As sessões de 1 a 4 têm como foco principal a aprendizagem da atenção ao presente momento, deixando os participantes mais habituados a observarem como a mente frequentemente se desengaja do presente momento, aumentando a concentração e a atenção aos pensamentos, sentimentos e sensações corporais. As sessões seguintes (5 a 8) têm como objetivo a aprendizagem do manejo adequado de pensamentos e emoções difíceis (disparadores ou *triggers*) (Barnhofer, 2009).

Quadro 5.2 Detalhamento do conteúdo do programa MBCT (oito sessões)

Semana 1: Piloto automático
Objetivo: Permitir que os participantes percebam como frequentemente agimos no piloto automático e os benefícios de estar *mindful*.
Práticas na sessão: ***Mindfulness* da Uva-passa** Meditação em que os participantes passam vários minutos explorando através dos sentidos uma uva-passa (ver Capítulo 4 para uma descrição pormenorizada de "*Mindfulness* da uva-passa"). **Objetivo da prática:** Experienciar a mudança entre a maneira automática com que lidamos com os eventos e as qualidades de estar *mindful* a elas. ***Insights* que a prática proporciona:** Notar o quanto pode ser rico estar totalmente atento a algo. Como podemos perder muitas das experiências potencialmente agradáveis por estarmos com a mente em outro lugar. **Escaneamento corporal** Prática guiada, com duração de 45 minutos, na qual os participantes direcionam sua atenção ao corpo, entrando em contato com qualquer sensação que possa estar presente em diferentes partes do corpo e respirar com elas (ver Capítulo 4 para uma descrição pormenorizada do "Escaneamento Corporal"). **Objetivo da prática:** Prática que proporciona direcionar a atenção a diferentes partes do corpo, notando a capacidade de direcionar a atenção voluntariamente. Sempre que a mente divaga, o participante é encorajado a voltar para as sensações corporais. ***Insights* que a prática proporciona:** A mente divagar é normal, mas podemos desenvolver a capacidade de estarmos atentos às sensações do corpo que, por sua vez, podem estar associadas a estados emocionais.

continua

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quadro 5.2 *Continuação*

Exercícios na sessão: - Explicação sobre o funcionamento do curso; - Recomendações gerais; - Apresentação dos participantes e de seus objetivos (o que me trouxe ao curso/qual é o meu objetivo). **Práticas em casa:** - 45 minutos de escaneamento corporal; - Fazer de maneira *mindful* alguma atividade do dia a dia (prática informal); - Fazer uma refeição de maneira *mindful*.

Semana 2: Lidando com barreiras
Objetivos: Explorar as experiências iniciais com meditação e introduzir a perspectiva metacognitiva.
Práticas na sessão: **Escaneamento corporal** **Objetivo da prática:** Perceber a mente se distraindo e trazê-la para o presente momento sempre que necessário. ***Insights* que a prática proporciona:** Temos a tendência de julgar as nossas experiências, de querer evitar as experiências negativas e buscar as positivas. **Prática dos sentimentos e pensamentos** Ao imaginar um cenário, os participantes são levados a explorar suas reações e a forma como essa reação pode mudar de acordo com o seu humor. **Objetivo da prática:** Notar a relação entre pensamentos, emoções, reações corporais e o comportamento, observando-a através da metacognição. ***Insights* que a prática proporciona:** Como nossas emoções influenciam nossas interpretações, e como nossas interpretações dos eventos influenciam emoções, pensamentos, sensações corporais e também o nosso comportamento. **10 minutos de *mindfulness* da respiração** Meditação sentada em que os participantes são convidados a levar sua atenção às diferentes sensações presentes na respiração e, sempre que a mente divagar, trazê-la de volta às sensações da respiração. **Objetivo da prática:** Notar a natureza da mente e como ela constantemente divaga. ***Insights* que a prática proporciona:** Aumentar a habilidade de perceber os padrões da mente e a forma como ela constantemente é levada a pensamentos críticos, sobre o passado, etc.
Práticas em casa: - 45 minutos de escaneamento corporal; - 10 minutos de *mindfulness* da respiração; - Trazer a atenção para alguma atividade rotineira; - Fazer um diário sobre eventos prazerosos ocorridos na semana.

continua

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quadro 5.2 *Continuação*

Semana 3: *Mindfulness* da respiração (e o corpo em movimento)
Objetivos: Explorar a conexão da respiração com o voltar ao presente momento. Explorar um entendimento experiencial sobre a atitude *mindfulness* no dia a dia, percebendo que é possível trazer uma qualidade de aceitação gentil a situações em que geralmente entramos em conflito, proporcionando uma maneira diferente de se relacionar com essas situações.
Práticas na sessão: ***Mindfulness* da respiração** Prática de meditação sentada, com duração de 30 a 40 minutos, em que o participante é levado a entrar em contato com as constantes mudanças da respiração, observando com curiosidade quando a mente divaga, trazendo-a de volta para a respiração. Nos estágios finais, a atenção é levada ao corpo como um todo. **Objetivo da prática:** Começar a usar a respiração para se conectar com o presente momento quando a mente divagar. ***Insights* que a prática proporciona:** A respiração permite entrar em contato com o presente momento. ***Mindfulness* dos movimentos** Os participantes são guiados por uma série de movimentos simples, muitas vezes inspirados na ioga, sendo encorajados a observar as mudanças no corpo durante e após cada movimento. **Objetivo da prática:** Estar atento ao corpo em movimento, notar a mente divagando durante a prática e aprender a se reconectar com as sensações corporais. ***Insights* que a prática proporciona:** Quando notamos os movimentos com atenção plena, notamos uma maior fonte de sensações. ***Mindfulness* dos três minutos** Prática em que os participantes, em um primeiro momento, ficam atentos aos pensamentos, sentimentos e sensações corporais, para depois mudar sua atenção para a respiração e, na última etapa, levar a atenção ao corpo como um todo. **Objetivo da prática:** Começar a trazer a prática para o dia a dia. **Insights que a prática proporciona:** Uma mudança de perspectiva é possível ao se reconectar com o presente momento através de uma pequena prática.
Exercícios na sessão: Discussão dos diários sobre atividades prazerosas (essa discussão pode ser feita junto com os diários sobre atividades desagradáveis na semana 4).
Práticas em casa: - Movimentos *mindfulness*; - Diário sobre eventos desagradáveis; - Prática do *mindfulness* dos três minutos três vezes ao dia.

continua

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quadro 5.2 *Continuação*

Semana 4: Ficando no presente
Objetivo: Explorar novas maneiras de se relacionar com emoções intensas, sensações e pensamentos.
Práticas na sessão: **Meditação do ver e ouvir** Uma prática curta de meditação em que o participante é levado a focar a atenção no que ele estiver vendo e ouvindo e, quando a mente divagar, retornar aos sons e à visão. **Objetivo da prática:** Aprender a usar a visão e a audição para sair do piloto automático e se conectar com diferentes experiências do momento. ***Insights* que a prática proporciona:** Perceber que é possível sair do piloto automático ao trazer a atenção à visão e à audição. **Meditação sentada** Primeiramente, a atenção é levada à respiração; em seguida, mudada para o corpo como um todo; em seguida, para os sons do ambiente; em seguida, para os pensamentos ou para um monitoramento aberto (atenção sem um objeto), sempre com uma atitude de abertura e curiosidade a qualquer sensação que possa surgir. **Objetivo da prática:** Começar a explorar a possibilidade de estar em contato com sensações difíceis, adotando uma atitude de curiosidade, aceitação e abertura. ***Insights* que a prática proporciona:** Ao olhar com curiosidade para as sensações, podemos mudar a maneira que nos relacionamos com ela, mesmo sendo sensações desagradáveis; podemos também notar que, às vezes, elas mudam naturalmente.
Exercícios na sessão: – Discussão dos diários sobre atividades desagradáveis; – Definir e explorar conceitos sobre depressão (ou outro foco do grupo, como dor crônica, estresse, etc.).
Práticas em casa: – Meditação sentada; – Prática dos 3 minutos (três vezes ao dia); – Prática dos 3 minutos quando surgir alguma situação desagradável.

Semana 5: Aceitar e deixar ir
Objetivo: Começar a desenvolver uma atitude em que toda a experiência é permitida e aceita.
Práticas na sessão: **Meditação sentada** Uma prática com duração de 40 minutos, na qual o participante primeiramente leva sua atenção à respiração, depois ao corpo, em seguida aos sons e, então, aos pensamentos. O participante é levado a olhar com curiosidade e abertura todas as sensações que podem aparecer, bem como a perceber como as emoções são expressas pelo corpo através de tensões e sensações. Quando notar alguma sensação difícil, o participante é levado a respirar com a sensação. Quando possível, voltar ao foco de concentração da prática.

continua

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quadro 5.2 *Continuação*

Objetivo da prática: Começar a explorar a possibilidade de sentir e aceitar sensações desagradáveis, como pensamentos, emoções, imagens, desconfortos físicos, e como essas sensações se manifestam no corpo. Desenvolver uma relação diferente da nossa tendência em evitar ou tentar solucionar experiências desagradáveis.
***Insights* que a prática proporciona:** Como muitas vezes reagimos de maneira automática às dificuldades. Como elas se manifestam no corpo e a habilidade de poder observá-las.

Exercícios na sessão:

- Leitura do poema de Rumi ("A casa de hóspedes") e discussão com o grupo;

O ser humano é uma casa de hóspedes.
Toda manhã uma nova chegada.
A alegria, a depressão, a falta de sentido, como visitantes inesperados.
Receba e entretenha a todos
Mesmo que seja uma multidão de dores
Que violentamente varrem sua casa e tiram seus móveis.
Ainda assim trate seus hóspedes honradamente.
Eles podem estar te limpandopara um novo prazer.
O pensamento escuro, a vergonha, a malícia, encontre-os à porta rindo.
Agradeça a quem vem, porque cada um foi enviado
como um guardião do além.
Rumi (Mestre Sufi do séc. XII)

- Exercício de explorar os padrões de reação habitual e como usar as habilidades de *mindfulness* para facilitar o ato de entrar em contato com o presente momento.

Práticas em casa:

- Meditação sentado;
- Prática dos 3 minutos (três vezes ao dia);
- Prática dos 3 minutos quando surgir alguma situação desafiadora.

Semana 6: Pensamentos não são fatos

Objetivo: Ajudar os participantes a perceberem os pensamentos apenas como eventos mentais e proporcionar a desidentificação com esses pensamentos.

Práticas na sessão:
Meditação sentada
O objeto da prática serão os pensamentos, observando e deixando-os ir, ao invés de prender-se a eles. A prática pode utilizar visualizações, onde os pensamentos são vistos como nuvens, como imagens em uma tela de cinema ou como folhas em um rio. Ao final da prática, os participantes são convidados a trazer para a mente um pensamento que seja difícil para eles, e tentar ter a mesma postura de abertura e curiosidade. Se for muito difícil lidar com esses pensamentos, o participante é encorajado a perceber a reação desse pensamento no corpo, observando as reações até retornar ao exercício de ver o pensamento apenas como um evento passageiro.
Objetivo da prática: Aprender a lidar com pensamentos difíceis que possam surgir durante a prática, além de reconhecer a relação entre os pensamentos e as emoções.

continua

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quadro 5.2 *Continuação*

***Insights* que a prática proporciona:** É possível estar em contato com pensamentos desagradáveis sem se deixar ser levado por eles. ***Mindfulness* dos três minutos** Como descrito anteriormente.
Exercícios na sessão: – Começar a desenvolver os indícios pessoais de recaída e desenvolver um plano de ação; – Preparação para o final do curso.
Práticas em casa: – Meditação sentada; – Prática dos 3 minutos (três vezes ao dia); – Prática dos 3 minutos quando surgir alguma situação desagradável.

Semana 7: Qual é a melhor maneira de tomarmos conta de nós mesmos
Objetivos: Explorar como estar *mindful* pode nos ajudar a ter respostas mais funcionais no dia a dia.
Práticas na sessão: **Meditação sentada** O mesmo formato da prática da semana 6. ***Mindfulness* dos três minutos** Como descrito anteriormente.
Exercícios na sessão: – Explorar a ligação entre humor (emoções) e ação (comportamento); – Fazer uma lista de ações que dão energia e de ações que tiram energia (prazer e desprazer); – Considerar maneiras de aumentar as ações positivas, quando possível, ou de se relacionar de maneira mais adaptativa e funcional, quando a mudança não for possível; – Identificar padrões pessoais de recaída.
Práticas em casa: – Escolher, entre as diferentes formas de práticas, as que acredita que irá ser capaz de manter após o final do curso; – Prática dos 3 minutos (três vezes ao dia e ao lidar com situações desagradáveis); – Desenvolver a capacidade de perceber prematuramente as respostas pessoais de recaída; – Desenvolver um plano de ação para lidar com uma queda de humor.

Semana 8: Usando o que foi aprendido para lidar com os humores no futuro
Objetivo: Discutir sobre o que foi aprendido e sobre como pode ser mantido no dia a dia.
Práticas na sessão: **Escaneamento corporal** Como descrito anteriormente.

continua

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quadro 5.2 *Continuação*

Meditação final É dado um pequeno objeto aos participantes, como uma pedra, para simbolizar as experiências compartilhadas, a forma como eles trabalharam duro durante o programa e as intenções de continuar aplicando o que foi aprendido. É feito de maneira similar à prática da uva-passa. **Objetivo da prática:** É trazida a ideia de "mente de principiante", ou seja, mesmo depois de algum período sem praticar, é sempre possível recomeçar. Além disso, essa prática também objetiva fazer uma retrospectiva e valorizar todo o caminho percorrido pelo participante em sua busca pela melhora durante o programa.
Exercícios na sessão: - Revisão dos gatilhos emocionais que levam a uma recaída e revisão dos planos de ação que devem ser usados quando o risco de recaída de depressão for alto; - Revisão de todo o curso; - Discussão sobre como manter a prática formal e informal; - Questionário para que os participantes avaliem e coloquem suas próprias reflexões sobre o curso.
Práticas em casa: - Criação de um plano para a prática pessoal no próximo mês.

Fonte: Adaptado de Crane (2009).

Estudantes das Terapias Comportamentais de Terceira Geração frequentemente percebem pontos convergentes entre o MBCT, a Terapia Comportamental Dialética (*Dialectical Behavioral Therapy* – DBT) e a Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT). Como consequência, uma dúvida frequente é "Quais são os pontos convergentes e divergentes entre essas abordagens?". Esse assunto será abordado no tópico a seguir.

QUAIS SÃO OS PONTOS CONVERGENTES E DIVERGENTES ENTRE MBCT, DBT E ACT?

Antes de discutirmos os pontos comuns e divergentes entre essas três abordagens, torna-se importante fazermos uma breve descrição sobre elas.

Como dito anteriormente, o MBCT foi desenvolvido por Segal, Williams e Teasdale, em 2002, e combina o ensino de práticas formais de meditação, como meditação sentada, *body scan*, movimentos e caminhada meditativa, com estratégias tradicionais da terapia cognitiva, es-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

pecialmente para prevenir recaídas na depressão recorrente. Além disso, há outra prática formal chamada de *three-minute breathing space* (meditação dos três minutos), que é uma forma de integrar a prática formal à vida diária. Inicialmente, é utilizada em momentos específicos a cada dia, mas com o tempo pode ser utilizada sempre que os sentimentos desagradáveis forem percebidos (Segal, Williams, & Teasdale, 2002). Apesar de ter sido desenvolvido como um programa secular, ou seja, sem a necessidade de seguir pressupostos religiosos, o MBCT tem em comum com o Budismo a ênfase na responsabilidade individual, na forma do automanejo, do autocontrole e do autoaprimoramento (Gilpin, 2009).

A DBT foi originalmente desenvolvida para pacientes com transtorno de personalidade *borderline* (ver Capítulos 15 e 16 desta obra). As principais influências da DBT advêm da ciência comportamental, da filosofia dialética e da prática Zen. As intervenções da DBT se baseiam na teoria biossocial elucidada por Linehan, que sugere que a desregulação emocional e comportamental dos clientes é derivada da transação entre um ambiente de criação que invalida os sujeitos e uma tendência à vulnerabilidade emocional. A principal dialética para pacientes com transtorno de personalidade *borderline* é a relação entre mudança e aceitação (Chiesa & Malinowski, 2011).

Essa relação inclui uma grande variedade de procedimentos cognitivos e comportamentais, dos quais a maioria é designada à mudança de pensamentos, emoções ou comportamentos. As habilidades de *mindfulness* (observar, descrever, não reagir, não julgar e agir com consciência) são ensinadas na DBT com o objetivo de que o cliente alcance uma síntese entre a aceitação e a mudança (Lynch et al., 2006). Outras técnicas utilizadas na DBT incluem treinamento de habilidades comportamentais, estratégias baseadas na exposição, psicoeducação, tarefas para casa, modificações cognitivas, entre outras. O aprendizado das habilidades de *mindfulness* na DBT é feito durante um ano, em sessões semanais de grupo voltadas para o desenvolvimento de habilidades, que também incluem habilidades interpessoais, de regulação emocional e de tolerância ao estresse.

Por fim, a ACT se baseia na Teoria das Molduras Relacionais (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006 – para maiores informações sobre a Teoria das Molduras Relacionais, ver o Capítulo 6 desta obra, enquanto a ACT é abordada nos Capítulos 7-9) e, embora não descreva seus métodos

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

em termos de *mindfulness* ou meditação, várias de suas estratégias são geralmente referidas como "consistentes com as abordagens baseadas em *mindfulness*" (Baer, 2003, p.128). Os clientes são encorajados a experienciar os pensamentos e as emoções, inclusive os desagradáveis, à medida que eles surgirem, sem julgar, avaliar ou tentar mudá-los ou evitá-los.

Quatro dos principais processos da ACT estão relacionados com componentes de *mindfulness*, são eles: (1) contato com o momento presente; (2) aceitação; (3) defusão entre o *self* e eventos mentais; e (4) *self* como contexto. Na ACT, os clientes aprendem a tentar perceber os pensamentos e as emoções como processos que estão ocorrendo no momento presente (processos do momento presente) com aceitação (processos de aceitação). Com relação aos sentimentos e pensamentos, quando estes são vistos com consciência, as pessoas são menos propensas a serem levadas pelo conteúdo da consciência e mais propensas a vê-los como processos contínuos, que vêm e vão (processos de defusão entre o *self* e eventos mentais). Além disso, o ato de observar com aceitação faz com que os clientes percebam o *self* separadamente da corrente de eventos observados (processos do *self*) (Wilson, Bordieri, Flynn, Lucas, & Slater, 2010). Para atingir esse objetivo, vários exercícios de *mindfulness* podem ser utilizados, como estar presente com uma atitude de não julgamento e escolher a direção da sua vida em diferentes domínios, além de outras estratégias derivadas da TCC, como exposição, aquisição de habilidades e definição de metas específicas (Hayes et al., 2006).

Neste ponto, torna-se importante ressaltar uma diferença conceitual entre as três abordagens. Na onda da terceira geração das terapias comportamentais, encontramos dois grandes grupos de intervenções: as intervenções baseadas em *mindfulness* propriamente ditas, em que *mindfulness* é a base da terapia e são utilizados componentes das terapias cognitivas (e. g., o MBCT); e as intervenções que usam componentes de *mindfulness* de forma suplementar, mas a base deriva das terapias cognitivas e/ou comportamentais (e. g., DBT e ACT). Contrariamente ao MBCT, a DBT e a ACT não envolvem necessariamente o treinamento formal de meditação. Na DBT, os clientes são encorajados a aceitar a si mesmos, suas histórias e sua situação atual exatamente como são, enquanto trabalham para mudar seus comportamentos e ambientes para construir uma vida melhor (Baer, 2003).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Para além da falta de treinamento formal em meditação, deve ser ressaltado que a DBT e a ACT são mais orientadas à modificação de cognições e comportamentos (embora de uma forma diferente da Terapia Cognitivo-Comportamental – TCC clássica) do que à percepção direta de experiências puras, como ocorre no MBCT (Chiesa & Malinowski, 2011).

O ponto comum entre todas essas abordagens é o foco explícito na consciência centrada no presente. É importante também notar que, embora todas essas abordagens possam utilizar práticas de meditação, duas delas ensinam habilidades de *mindfulness* sem um foco formal na prática de meditação (DBT e ACT).

Embora o conceito de *mindfulness* tenha sido derivado da filosofia budista, apenas uma influência marginal dessa filosofia pode ser vista nas modernas intervenções baseadas em *mindfulness,* como as que foram descritas acima. Além disso, há uma profunda influência de conceitos e teorias psicológicos como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no MBCT, a Ciência Comportamental na DBT e o Contextualismo na ACT. Esse fato sugere várias diferenças entre os tipos de intervenção baseados em *mindfulness*, e que diversas modificações foram inseridas nas práticas para o seu uso como intervenção em saúde (Chiesa & Malinowski, 2011).

Para além das diferenças e similaridades relacionadas ao *background* filosófico e às principais técnicas utilizadas nessas abordagens (MBCT, DBT e ACT), como descrito acima, alguns estudos apontam outras especificidades, que merecem destaque, como os objetivos e mecanismos psicológicos, que serão abordados adiante.

Com relação aos objetivos dessas diferentes intervenções, podemos afirmar que um dos principais objetivos do MBCT seria proporcionar aos participantes um alívio dos sintomas negativos através dos ensinamentos sobre como se relacionar diferentemente com os pensamentos ruminativos e as emoções que se "empilham" sobre os sintomas primários da depressão (Gilpin, 2009). Ou seja, interromper o círculo vicioso entre sintomas, pensamentos e emoções relacionados aos sintomas, e mais sintomas decorrentes desses pensamentos.

De maneira similar, o principal objetivo da DBT e da ACT é ajudar os pacientes a manejar seus sintomas. Poderíamos dizer que o objetivo primário da DBT é ajudar os pacientes a reduzir comportamentos

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

iminentemente perigosos ou mortais, como os comportamentos suicidas. A partir do momento em que esse objetivo é atingido, os objetivos seguintes são ajudá-los a experienciar suas emoções, tratar transtornos psiquiátricos menos complicados, problemas na carreira ou matrimoniais, além de ajudá-los a desenvolver um funcionamento ótimo caracterizado pela liberdade e pela alegria. Isso pode ser possível, por exemplo, através da redução da sensação de vazio por meio de atividades que os façam sentir uma sensação de completude (Lynch et al., 2006).

Com relação à ACT, podemos dizer que o seu objetivo primário seria desenvolver e aprimorar a aceitação a pensamentos e sentimentos indesejados, além de estimular ações que contribuam para uma melhora nas circunstâncias da vida. Dessa maneira, o objetivo principal é desencorajar a evitação experiencial e substitui-la pela aceitação das coisas tal como elas são (Hayes & Feldman, 2004).

Ao analisar os estudos que procuraram investigar os mecanismos psicológicos de mudança pelos quais as intervenções acima agem, resultados interessantes foram encontrados, e algumas diferenças entre as abordagens também são notáveis.

Com relação ao MBCT, existem estudos que comprovam uma redução significativamente maior do senso de autodiscrepância entre o que os clientes são e o que gostariam de ser, além de terem aumentado a adoção de estratégias autoguiadas ao serem comparados ao grupo que recebeu o tratamento usual (Crane et al., 2008). Outros estudos também apontam que o aumento do nível de *mindfulness* está acompanhado de uma redução de estratégias de evitação e pensamentos ruminativos. Ou seja, quanto maior o nível de *mindfulness*, maior a redução do humor deprimido e menor a utilização de estratégias de evitação e ruminação para lidar com as dificuldades (Kumar, Feldman, & Hayes, 2008).

Com relação à DBT, alguns dos mecanismos de mudança encontrados na literatura são bastante correlacionados com os de outras Terapias Cognitivo-comportamentais, como reestruturação cognitiva, exposição e prevenção de respostas. No entanto, existem alguns mecanismos ditos específicos da DBT, como foco dialético, estratégias de validação, habilidades de *mindfulness* e de tolerância ao estresse, além de estratégias de comprometimento (Lynch et al., 2006).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Com relação à ACT, estudos sugerem que ela reduz a evitação experiencial devido a um aumento na aceitação emocional e na defusão (que se caracteriza pela habilidade de reconhecer que, por exemplo, pensamentos são apenas pensamentos e não a realidade absoluta dos fatos) (Lundgren, Dahl, & Hayes, 2008).

Retomando:

- O MBCT é um programa estruturado que deriva do MBSR, mas cujo público-alvo é composto por pacientes com depressão maior (unipolar), com risco elevado de recaídas ou recorrências (mais de três episódios anteriores).
- O MBCT tem em comum com o Budismo a ênfase na responsabilidade individual, na forma do automanejo, do autocontrole e do autoaprimoramento.
- As principais influências da DBT advêm da ciência comportamental, da filosofia dialética e da prática Zen, baseando-se na teoria biossocial.
- A ACT se baseia na Teoria das Molduras Relacionais.
- Existe diferença entre as intervenções baseadas em mindfulness (MBCT) e as intervenções que usam componentes de mindfulness de forma suplementar (ACT e DBT).
- Contrariamente ao MBCT, a DBT e a ACT não envolve necessariamente o treinamento formal de meditação.
- O ponto comum entre todas essas abordagens é o foco explícito na consciência centrada no presente.

DIFERENÇAS E SIMILARIDADES ENTRE MBCT E TCC NO MODO DE LIDAR COM OS PENSAMENTOS

Quando falamos sobre a terceira onda das Terapias Cognitivo-Comportamentais, estamos falando de uma série de novas abordagens, mas não podemos nos esquecer da base para essas novas intervenções. Então, como falar de uma base das Terapias Cognitivo-comportamentais se elas incluem uma série de abordagens que, na maioria das vezes, são tratadas como sendo uma única terapia homogênea? De acordo com Knapp e Beck, (2008), as abordagens consideradas cognitivo-comportamentais são aquelas que incluem no escopo do seu tratamento o papel mediacional das cognições e as estratégias comportamentais.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Partindo deste ponto, torna-se necessário explicar brevemente qual é o papel dos pensamentos e como eles são trabalhados tanto na TCC quanto no MBCT, para que possamos ressaltar as similaridades e as diferenças entre essas abordagens, e por que podemos considerar o MBCT como uma das abordagens da terceira onda da TCC.

Pensando de maneira geral, as Terapias Cognitivo-Comportamentais têm como uma das suas principais características a ênfase na influência dos pensamentos distorcidos e a interpretação cognitiva desses pensamentos nos comportamentos dos indivíduos. Dentre as formas de tratamento possíveis nas TCCs, existem aquelas que têm o seu foco na reestruturação de pensamentos mal-adaptativos para pensamentos mais adaptativos, uma vez que atribuem os problemas emocionais às consequências desses pensamentos mal-adaptativos. Assim, o objetivo seria reestruturar esses pensamentos distorcidos em conjunto com o terapeuta, além de desenvolver soluções pragmáticas para a melhora dos sintomas e dos transtornos mentais (Knapp & Beck, 2008).

Dessa maneira, as abordagens mais atuais da TCC contemplam três proposições importantes, quais sejam: (1) a mediação da cognição na resposta aos eventos externos e internos; (2) o processo cognitivo pode ser monitorado e avaliado; (3) o comportamento pode ser mudado por meio dessa avaliação cognitiva, o que, por sua vez, pode gerar também uma mudança cognitiva. Dessa maneira, o que definiria a TCC seria o fato de tanto os comportamentos quanto os sintomas serem cognitivamente mediados e, portanto, a melhora dos transtornos mentais poderia ocorrer por meio da mudança dos pensamentos e das crenças disfuncionais (Knapp & Beck, 2008).

Outro ponto que deve ser considerado ao se falar em TCC é o papel da psicoeducação na terapia. Esse processo visa ensinar ao paciente sobre o seu transtorno e sobre como esse processo cognitivo e comportamental ocorre, para que ele possa ser um sujeito ativo na mudança dos pensamentos. Esse aprendizado será desenvolvido e aprimorado ao longo da terapia e, na maioria das vezes, ocorre como resultado do treino de monitoração desses pensamentos. O primeiro objetivo dessa psicoeducação é ensinar ao paciente sobre a relação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos, além de propiciar que o cliente consiga desenvolver habilidades para se relacionar com os problemas que ocorrerão ao longo da

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

sua vida. A partir do reconhecimento desse processo mediado pela cognição, os clientes são ensinados a corrigir esses pensamentos distorcidos por meio de cognições mais realistas, o que, em longo prazo, pode levar à identificação e à modificação de crenças centrais e de esquemas subjacentes a esses padrões de pensamento disfuncionais (Knapp & Beck, 2008).

Considerando o MBCT, o principal objetivo é fazer com que os clientes entrem em contato com esses padrões de pensamento da mesma forma como eles ocorrem naturalmente na experiência individual. Nessa abordagem, o terapeuta não tem o objetivo de "corrigir" crenças disfuncionais, mas sim facilitar o contato do cliente com seus pensamentos e emoções por meio das práticas formais de meditação, além de aplicar o processo conhecido como *inquiry*, no qual o facilitador do grupo faz perguntas sobre a experiência direta dos clientes durante as práticas formais. O *inquiry* objetiva que o cliente entre novamente em contato com o que acabou de experienciar na prática meditativa e que consiga transpor a sua experiência em palavras, favorecendo, por sua vez, maior conhecimento dos seus processos mentais e emocionais (Segal, Williams, & Teasdale, 2002).

As abordagens baseadas em *mindfulness*, dentre as quais está o MBCT, objetivam proporcionar uma mudança de perspectiva na qual o que antes era considerado como sendo o "sujeito" (os pensamentos e as emoções) se torna um "objeto" de observação, ou seja, ocorre uma desidentificação ou defusão com os pensamentos e sentimentos, na medida em que o cliente passa a reconhecê-los como eventos mentais e não como a realidade absoluta dos fatos. Essa mudança de perspectiva foi denominada de repercepção (Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006).

Ao se pensar nesse processo de repercepção, alguns potenciais mal-entendidos precisam ser esclarecidos. É comum a impressão de que, ao se observar os eventos mentais como "objetos", o indivíduo se tornaria apático ou distanciado de si mesmo. No entanto, o que ocorre é justamente o contrário. Ou seja, na medida em que o sujeito consegue entrar em contato com seus pensamentos e emoções e escolhe não ser levado ou tomado por eles, ele consegue vivenciar de forma mais clara e intensa a real natureza dos seus pensamentos e sentimentos, favorecendo o autoconhecimento. Através desse processo, as pessoas se tornam mais aptas a se conectarem com a sua experiência de momento a momento, sem se apegar a

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ela, fazendo com que vivenciem a experiência real e não a interpretação que a mente faz da experiência. Isso ocorre porque, frequentemente, as pessoas são levadas a interpretar as coisas através da moldura das suas crenças, desenvolvidas desde a infância, o que as priva de perceber o que é realmente importante para as suas vidas. No entanto, quando elas se tornam aptas para observar a sua experiência de forma mais objetiva, elas têm a oportunidade de fazer escolhas que estejam mais adequadas às suas reais necessidades e valores. É através desse processo que ocorre a redução dos sintomas, bem como outros resultados importantes, como autorregulação e automanejo, clarificação dos valores, flexibilidade cognitiva, emocional e, consequentemente, comportamental, além de proporcionar maior exposição a situações previamente evitadas (Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006).

Considerando o que já foi exposto, é possível afirmar que prestar atenção de forma intencional com uma atitude de aceitação e abertura à experiência do momento presente promove a aptidão de escolher dentre várias habilidades de enfrentamento aquela que seja mais adaptativa para a situação em que o indivíduo esteja (Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006). Ao monitorar o fluxo da consciência de maneira curiosa e aberta, com o tempo, há um aumento da complexidade cognitiva, refletida pela habilidade de gerar representações diferenciadas e integradas das experiências cognitivas e afetivas. De maneira similar, o desenvolvimento de *mindfulness* estaria associado a uma maior capacidade de observar as relações entre pensamentos, sentimentos e ações, bem como a um melhor discernimento dos significados e das causas das experiências e dos comportamentos (Bishop et al., 2004). Assim, podemos dizer que a reestruturação cognitiva pode vir a ocorrer, embora isso não seja um objetivo prévio, uma vez que não é realizada de maneira intencional ou estruturada, como na TCC, mas sim pela observação curiosa de como a mente funciona, sem se engajar em pensamentos ou histórias.

Um ponto relativamente divergente entre as duas abordagens é o fato de que, na TCC, os pensamentos surgem e são vistos como verdade pelos indivíduos, influenciando-os na forma como se comportam ou se sentem perante esses pensamentos. Os clientes são encorajados a ativamente realizar uma avaliação cognitiva e racional desses pensamentos, buscando evidências que confirmem ou refutem as suas crenças, a fim de que tenham clareza da diferença entre a realidade e a distorção que a mente faz dos fatos.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

No MBCT, há também a intenção de diferenciar a experiência direta e as reações ou interpretações que a mente faz sobre a realidade. No entanto, essa percepção é incentivada por meio das práticas formais de meditação ou através do *inquiry*, que sempre busca pela experiência direta. Então, a estratégia seria entrar em contato com esses pensamentos, conforme forem surgindo, olhar com curiosidade para eles e reconhecer o seu padrão, não sendo necessária a mudança ativa. No entanto, essa mudança pode acontecer, uma vez que se entra em contato e se olha para sua forma de pensar e se comportar. Apesar de a abordagem ser um pouco diferente (na TCC, psicoeducação ou descoberta guiada, para o cliente entender que tipos de distorção cognitiva estão ocorrendo, como catastrofização, leitura mental, etc.; no MBCT, apenas entrar em contato com os pensamentos como estão ocorrendo no momento), as duas intervenções possuem objetivos relativamente similares.

Na TCC, há duas etapas: a identificação dos pensamentos automáticos ("O que está se passando em sua mente?"), seguida do questionamento sobre a realidade e acurácia daquele pensamento, podendo criar novos significados e atribuições. No MBCT, os participantes são encorajados apenas a entrar em contato com os pensamentos e, assim, apesar de não ter o objetivo de criar novos significados ou pensamentos mais adaptativos, muitas vezes pelo contato com seus padrões internos, ocorre uma mudança.

Outra diferença importante é que na TCC existe o ensaio comportamental, em que o cliente imagina que está naquela situação e como poderia se comportar de outra maneira. No MBCT, através do aprendizado de se observar e se monitorar constantemente, nos momentos em que esses pensamentos ocorrem, o cliente é capaz de reconhecer aonde aquele pensamento o levará, e pode escolher novas estratégias de comportamento, simplesmente por estar atento sobre como está se sentindo e o que está pensando naquela situação.

Apesar das diferenças, principalmente na metodologia do trabalho, a TCC e o MBCT se complementam de uma maneira riquíssima e basicamente buscam os mesmos objetivos, como a autonomia dos seus pacientes, a desidentificação/defusão com os pensamentos, um aprendizado do seu modo de pensar e se comportar, baseado na observação ativa de seus padrões de pensamento, além do aprendizado e do desenvolvimento de habilidades para lidar com sua própria vida, pois, na medi-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

da em que aprendem como sua mente e corpo funcionam e reagem, eles se tornam mais hábeis frente aos acontecimentos da vida.

Retomando:

- Na TCC, os clientes são ensinados a identificar os pensamentos distorcidos por meio de cognições mais realistas.
- No MBCT, os clientes devem entrar em contato com esses padrões de pensamento tais como eles ocorrem naturalmente, sem alterá-los.
- Ambas as abordagens buscam a autonomia dos seus pacientes, a desidentificação/defusão com os pensamentos e o aprendizado do seu modo de pensar e se comportar, baseado na observação ativa de seus padrões de pensamento.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM MBCT

Não existem, nesse momento, associações nacionais ou internacionais que regulem o treinamento e a certificação profissional para aplicação do programa MBCT. A Rede Britânica de Associações de Professores de *Mindfulness* (*UK Network for Mindfulness-Based Teacher Training Organisations*)[2] preconiza que quem tiver interesse em se tornar instrutor de MBCT, além de possuir capacitação profissional específica para o público-alvo em questão (pacientes com depressão maior em risco elevado de recaída), deve ter experiência pessoal prévia e regular nas práticas de *mindfulness*, além de passar por uma capacitação formal coordenada por professores experientes na aplicação do programa MBCT, sendo que essa capacitação deve durar no mínimo um ano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso clínico das intervenções baseadas em *mindfulness* tem crescido exponencialmente nas últimas décadas no mundo e, mais recentemente, no Brasil. Este capítulo se concentrou no programa MBCT, cuja aplicação em pacientes com depressão maior em risco elevado de recaídas está baseada

[2] http://mindfulnessteachersuk.org.uk/.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

em evidência científica consistente e já reconhecida por alguns sistemas públicos de saúde, como o sistema inglês *National Health Service* (NHS).

É importante salientar que essas intervenções não são uma solução mágica ou rápida ("panaceia"), muito menos limitada à melhoria de sintomas clínicos. Pelo contrário, são abordagens basicamente vivenciais, que desenvolvem autonomia e envolvem motivação para a prática pessoal e regular das técnicas ensinadas, as quais se concentram no cultivo da atenção ("curiosa" e "aberta") frente à experiência direta de pensamentos, emoções e sensações corporais, bem como dos padrões de funcionamento mental relacionados associados a habilidades metacognitivas.

Há ainda muitas perguntas abertas sobre o papel de *mindfulness* em instituições e sistemas de saúde. Estamos no início de nossa compreensão sobre a eficácia e o custo-efetividade dessas técnicas, especialmente em âmbito nacional, o que exige cautela no uso, além de motivação para continuar estudando.

Para saber mais:

- http://mindfulnessteachersuk.org.uk/ (*UK Network for Mindfulness-Based Teacher Training Organisations*)
- http://mbct.com/ (*Guide to MBCT*)

REFERÊNCIAS

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 125-43.

Barnhofer, T. & Crane, C. (2009). Mindfullness-based cognitive therapy for depression and suicidality. In F. Diodonna (Ed.). *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 221-243). New York.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., . . . & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol, 11*(3), 230-41.

Chiesa, A. & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches: are they all the same? *Journal of Clinical Psychology, 67*(4), 404-24.

Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D., Hepburn, S., Fennell, M.V., & Williams, J. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy and self-discrepancy in recovered depressed patients with a history of depression and suicidality. *Cognitive Therapy and Research, Mindfuness-based cognitive therapy: Distinctive Features.* New York: Routledge, *32*, 775–7.

Demarzo, M.M.P. (2011). *Meditação aplicada à saúde. Programa Atualização em Medicina de*

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Família e Comunidade (6. Ed.). Porto Alegre: Artmed.

Gilpin, R. (2009). The use of Theravda Buddhist practices and perspectives in mindfulness-based cognitive therapy. *Contemporary Buddhism, 9*, 227-51.

Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E.M.S., Gould, N.F., Rowland_Seymour, A., Sharma, R., et al (2014). Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being: A Systematic Review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine, 174*(3), 357-68.

Hayes, A.M. & Feldman, G.C. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology Science and Practice, 11*, 255-62.

Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, proccsses and outcomes. *Behaviour Research & Therapy, 44*, 1-25.

Herbert & E. M. Forman (Eds.). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy:* Understanding and applying the new therapies. Hoboken, New Jersey: Wiley.

Knapp, P. & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*(2), 54-64.

Kumar, S.M., Feldman, G.C., & C., H.S. (2008). Changes in mindfulness end emotion regulation in an exposure based cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy & Research, 32*, 734-44.

Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S, Watkins, E., Holden, E. White, K. et al (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(6), 966-78.

Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R.S., Byford, S. et al (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behavior Research and Therapy, 48*(11), 1105-12.

Lundgren, T., Dahl, J., & Hayes, S. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of Behavioural Medicine, 31*, 225-35.

Lynch, T., Chapman, A., Rosenthal, M., Kuo, J., & Linehan, M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 459-80.

Marchand, W.R. (2012). Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and zen meditation for depression, anxiety, pain and psychological distress. *Journal of Psychiatric Practice, 18*(4), 233-52.

Plaza, I., Demarzo, M.M.P., Herrera-Mercadal, P., García-Campayo, J. (2015). Mindfulness-based mobile applications> literature review and analysis of current features, *JMIR mHealth Uhealth, 1*(2), e24.

Segal, Z. V., Williams J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford.

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology 62*(3), 373-86.

Teasdale, J.D. (1999). Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse in depression. *Behavior Resarch Therapy, 37*(Suppl 1), s53-77.

Teasdale, J. D., Williams, J. M. G., Soulsby, J. M., Segal, Z., Ridgeway, V.A., & Lau, M. A. (2000). Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(4), 615-23.

Williams, J. M. G & Kuyken, W. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: A pro-mising new approach to preventing depressive relapse. *The British Journal of Psychiatr., 200*, 359-60.

Wilson, K.G., Bordieri, M.J., Flynn, M.K., Lucas, N.N., & Slater, R.M. (2010). Understanding acceptance and commitment therapy in context. *The British Journal of Psychiatr., 200*, 359-60.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Terapia de Aceitação e Compromisso

Teoria das Molduras Relacionais 6

Rodrigo R. C. Boavista

Durante anos e anos haviam-se encontrado todos os dias, haviam estado juntos todas as noites, com ou sem dinheiro, fartos de bem comer ou morrendo de fome, dividindo a bebida, juntos na alegria e na tristeza. Curió somente agora percebia como eram ligados entre si, a morte de Quincas parecia-lhe uma amputação, como se lhe houvessem roubado um braço, uma perna, como se lhe tivessem arrancado um olho. Aquele olho do coração do qual falava a mãe de santo Senhora, dona de toda a sabedoria.

Jorge Amado (*A Morte e a Morte de Quincas Berro D'água*)

No livro *A morte e a morte de Quincas Berro D'água*, o escritor Jorge Amado convida o leitor a experienciar a morte do protagonista de sua obra a partir da escolha de palavras que representam mais do que a simples junção de letras. A psicologia, de modo mais amplo, mas especialmente a ciência do comportamento, vem se debruçando sobre os desafios de explicar temas como pensamento, memória, cognição e a própria linguagem, desde o seu estabelecimento enquanto disciplina científica.

Fundador do behaviorismo radical e um dos expoentes da psicologia no século XX, B. F. Skinner assumiu que sensações, percepções, sentimentos, pensamentos e até mesmo a linguagem são comportamentos e, como tais, devem ser explicados a partir dos princípios comportamentais extraídos de anos de pesquisa empírica. A despeito dos esforços

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

do autor – e demais analistas do comportamento –, diversas críticas foram direcionadas às explanações produzidas à luz do enfoque comportamental (Bandini, 2008).

O objetivo deste capítulo é introduzir o leitor à Teoria das Molduras Relacionais (*Relational Frame Theory* – RFT), um recente conjunto de formulações amparado nos postulados da ciência do comportamento, que ambiciona fornecer as bases para uma explicação dos fenômenos verbais.

ORIGEM E INTERLOCUÇÕES

Blackledge e Drake (2013) comentam que, no final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, Steven Hayes, Robert Zettle e demais colaboradores estiveram envolvidos na tarefa de "traduzir" as técnicas da terapia cognitiva – que despontava enquanto prática na psicologia – para o "idioma" behaviorista radical. Treinados na tradição operante de Skinner e na abordagem de Willard Day para o comportamento verbal, os autores elaboraram um modelo terapêutico batizado de *Comprehensive Distancing*. Esse sistema clínico direcionava intervenções para a redução do governo verbal do comportamento, uma vez que se assumia que o seguimento de algumas regras produzia: (a) o afastamento do indivíduo das contingências diretas em vigor; (b) restrição de repertório; e (c) estreitamento no acesso a reforçadores.

Apesar dos sucessos iniciais alcançados, Hayes e seus colegas identificaram fragilidades nos conceitos com os quais trabalhavam, especialmente nas definições skinnerianas de *regras*, *comportamento verbal*, e *comportamento verbalmente governado*. Em meados dos anos de 1980, o próprio Hayes, na companhia de Aaron Brownstein, apresentou a versão seminal de uma teoria dedicada à explicação da linguagem e da cognição pautada nos processos básicos do comportamento. Nascia então a Teoria das Molduras Relacionais (*Relational Frame Theory* – RFT).

Para que se possa traçar a origem da RFT, faz-se necessária uma breve digressão por dois marcos da história da análise do comportamento: as proposições de B. F. Skinner acerca do comportamento verbal e as

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

descobertas de Murray Sidman no que tange ao responder relacional derivado. Considera-se que esta seção cumpre, ao menos, um par de papéis: ao passo em que o leitor é situado no contexto do qual emergem os supostos da RFT, cumpre-se a justiça histórica na medida em que são expostas as inspirações dos proponentes da teoria em debate. Não obstante, é dada ao leitor a liberdade para avançar no texto e alcançar as linhas que descrevem a RFT em suas singularidades.

COMPORTAMENTO VERBALMENTE GOVERNADO E RFT

Skinner (1957/1992) inovou ao propor uma interpretação da linguagem à luz da compreensão operante do comportamento. Para o autor, o comportamento verbal se define a partir de certas características: (a) é um comportamento operante, (b) que é estabelecido e mantido por consequências mediadas por outros organismos, uma vez que (c) esses organismos foram sistematicamente treinados para mediar tais consequências. Mais tarde, Skinner (1987) acrescenta a propriedade de (d) ser passível de transmissão entre gerações.

O autor (Skinner, 1957/1992) considera que, no momento em que se estabeleceu o controle operante do aparelho vocal, um passo evolutivo inédito foi dado. De fato, os indivíduos interagem com os contextos nos quais estão inseridos via princípios mecânicos e geométricos, entretanto,

> [...] a maior parte do tempo um homem age **indiretamente** sobre o ambiente a partir do qual emergem as consequências últimas de seu comportamento. Seu primeiro efeito é sobre outro homem. Ao invés de ir ao bebedouro, um homem sedento pode simplesmente 'pedir um copo d'água' – isto é, ele pode engajar-se em um comportamento que produz determinado tipo de padrão sonoro, que por sua vez, **induz alguém** a trazer-lhe um copo de água. (p. 1, grifos nossos).

Na medida em que se admite a possibilidade de um operante verbal induzir comportamentos naqueles que são responsáveis pela mediação das consequências, adentra-se no campo do comportamento gover-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

nado verbalmente (Catania, 1999), ou comportamento governado por regras (Skinner, 1966). De acordo com Sério (2010), o comportamento governado por regras é aquele no qual uma descrição de contingência (regra) atua como estímulo antecedente. Segundo Skinner (1966), é o comportamento cujo estímulo discriminativo é uma regra.

Sério (2010) aponta que a possibilidade de exercer controle sobre o comportamento de outrem via estimulação verbal apresenta uma série de vantagens. Na medida em que se descreve uma contingência: (a) torna-se possível gerar respostas, ou seja, induzir repertórios que nunca haviam sido emitidos, (b) economiza-se recursos, em especial, tempo, uma vez que é possível instalar uma resposta prescindindo dos procedimentos de modelagem e modelação, (c) evita-se a exposição do aprendiz a riscos ou perigos, (d) dispensa-se a apresentação contígua de reforçadores à emissão de uma dada resposta, ou seja, é possível estabelecer uma relação de contingência entre uma resposta e uma consequência atrasada, (e) pode-se fornecer estimulação suplementar em uma contingência de modo a garantir a precisão e a ordem de uma cadeia de respostas, entre outras. Ademais, o controle verbal garantiu à espécie humana empreendimentos fundamentais para a sua sobrevivência, por exemplo, a ciência e as normas sociais.

Apesar de considerarem a importância das formulações skinnerianas, Hayes, Brownstein, Zettle, Rosenfarb e Korn (1986) discutem a pertinência conceitual de se considerar uma regra como estímulo discriminativo para uma resposta que ocorre tempos depois de sua publicização. Tome-se como exemplo um viajante que, ao comentar seu itinerário, recebe o seguinte conselho: "Ao chegar ao Rio de Janeiro, visite o Cristo Redentor!". Dias depois, o viajante segue a recomendação e visita o monumento. De acordo com a visão de Skinner (1966), pode-se supor que a resposta de visitar a estátua do Cristo Redentor tenha sido induzida, ou controlada, pela descrição verbal supramencionada, o que creditaria a tal repertório a alcunha de comportamento governado por regras. Todavia, e na esteira de Hayes, Barnes-Holmes e Roche (2001), a regra, tampouco o Cristo Redentor, não podem ser considerados como estímulos discriminativos, ao passo em que não houve história de reforçamento diferencial diante dela ou do cenário recomendado. Além

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

disso, como se poderia explicar a lacuna temporal entre a emissão da resposta prescrita e a divulgação da regra?

Apesar do evidente descompasso entre o conceito empregado para explicar o ocorrido e as exigências teórico-metodológicas para que se faça uso do mesmo, é inegável que, por vezes, através da linguagem, é possível induzir comportamentos que ocorrerão tempos depois. Uma das tarefas da RFT é debruçar-se sobre esse fenômeno e explicar como é possível que, usando símbolos (como palavras, gestos, grafemas, etc.), se estabeleça e/ou modifique a função de estímulos que ainda nem fazem parte da história ontogênica de um indivíduo.

O impacto da publicação de Skinner (1957) é difícil de ser mensurado. Todavia, a intensidade dos debates estabelecidos na época, por exemplo, o famoso embate entre o autor e o linguista Noam Chomsky, permite alocá-la como um dos *turning points* da ciência do comportamento. Se por um lado as reações da comunidade científica foram marcadas pelo susto – e posterior rejeição –, por outro houve um intenso crescimento das práticas experimentais e inauguração de linhas de pesquisa dedicadas a explorar as diversas vicissitudes da linguagem (Bandini, 2008). É na esteira dos empreendimentos experimentais que se introduz a influência de Murray Sidman para a construção da RFT enquanto abordagem comportamental da linguagem e cognição.

Retomando:

Segundo Skinner (1957), o comportamento verbal se define como um:

- (i) Comportamento operante; (ii) cujas consequências são mediadas; (iii) por um mediador especialmente treinado para tal tarefa.

Skinner (1966) descreve o comportamento governado por regras como aquele cujo antecedente discriminativo é uma descrição de contingências (regras).

RELAÇÕES DERIVADAS E RFT

A despeito do objetivo formal de ensinar o participante a "ler com compreensão", Sidman (1971, p. 5) findou por consolidar a análi-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

se do comportamento como disciplina capaz de contribuir para o entendimento dos chamados comportamentos complexos (e. g., comportamento simbólico).

Participou da pesquisa do autor um jovem microcefálico morador de uma instituição psiquiátrica cujo histórico era marcado pelo fracasso acadêmico. O procedimento adotado, conhecido na literatura como emparelhamento ao modelo, ou *matching-to-sample* (MTS), foi caracterizado pelo treino de uma série de discriminações condicionais do tipo figura-palavra escrita. Para tanto, Sidman (1971) utilizou uma matriz com nove painéis nos quais eram apresentados oito estímulos que deviam ser emparelhados a um modelo central.

Inicialmente, Sidman (1971) verificou que o participante era capaz de: (a) a partir da nomeação de um estímulo, selecionar a figura correspondente (relação AB), e (b) diante de uma figura, nomeá-la adequadamente (relação BA). Entretanto, (c) selecionar a palavra escrita correspondente à apresentação de uma figura (relação BC), (d) selecionar uma figura a partir de uma palavra escrita (relação CB), (e) selecionar uma palavra escrita a partir do som da mesma (relação AC), bem como (f) nomear (ler) uma palavra escrita (relação CA) não compunham o repertório de entrada do participante (Figura 6.1).

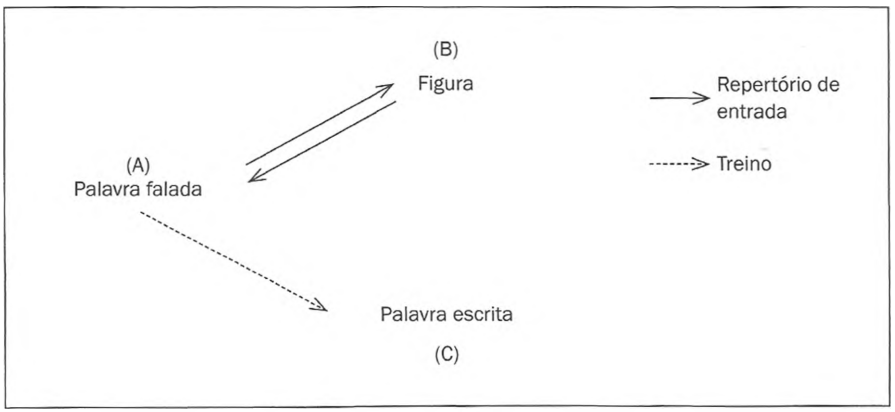


Figura 6.1 Esquema ilustrativo das relações entre estímulos já estabelecidas e treinadas do experimento de Sidman (1971).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Para surpresa do autor, após o treino exclusivo do responder de acordo com a relação AC, o participante aprendeu as demais relações. Sidman (1971) concluiu que o treino de discriminações condicionais promove a emergência de relações entre estímulos que nunca foram treinadas – as chamadas *relações derivadas*.

Sidman e Tailby (1982) estruturaram o corpo de conhecimento oriundo das contribuições iniciais de Sidman (1971). De acordo com os autores, um subproduto das contingências de discriminação condicional é o estabelecimento de classes de estímulos equivalentes. Sidman e Tailby (1982) determinaram que, para se identificar uma classe de estímulos equivalentes, faz-se necessário que o organismo seja bem-sucedido em certos testes empíricos, são eles (ver Figura 6.2):

(a) Teste de Reflexividade, sendo o estímulo A modelo, o participante deve responder a ele enquanto comparação, e não a outros estímulos disponíveis (A->A).

(b) Teste de Simetria, em vistas do treino de responder ao estímulo B diante do modelo A, quando B for modelo, o estímulo A deve ser selecionado sem que haja reforçamento para tal relação (Se AB, então BA).

(c) Teste de Transitividade, em vistas do treino AB e do treino BC, quando A for modelo, o estímulo C deve ser selecionado sem que haja reforçamento para tal relação (Se AB e BC, então AC).

(d) Teste de Equivalência, em vistas dos treinos AB e BC, quando C for modelo, o estímulo A deve ser selecionado sem que haja reforçamento para tal relação. A relação de equivalência também tem sido descrita como a relação de simetria da transitividade (Se AB e BC, então CA).

Avanços subsequentes no campo das relações de equivalência demonstraram que, uma vez que seja estabelecida diretamente uma função para um dos membros de uma classe de estímulos equivalentes, os demais membros podem vir a partilhar função (Roche & Barnes, 1997). Barnes-Holmes, Keane, Barnes-Holmes e Smeets (2000), por exemplo, treinaram inicialmente duas discriminações condicionais em seus participantes universitários. As palavras "câncer" (A_1) e "férias" (A_2) deveriam

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ser emparelhadas, via tarefa de MTS, com as sílabas sem sentido "VEK" (B_1) e "ZID" (B_2) (Relação A_1B_1 e A_2B_2). Posteriormente, foram treinadas as relações entre B_1 e uma "marca de refrigerante X" (C_1) e B_2 e uma "marca de refrigerante Y" (C_2) (Relação B_1C_1 e B_2C_2).

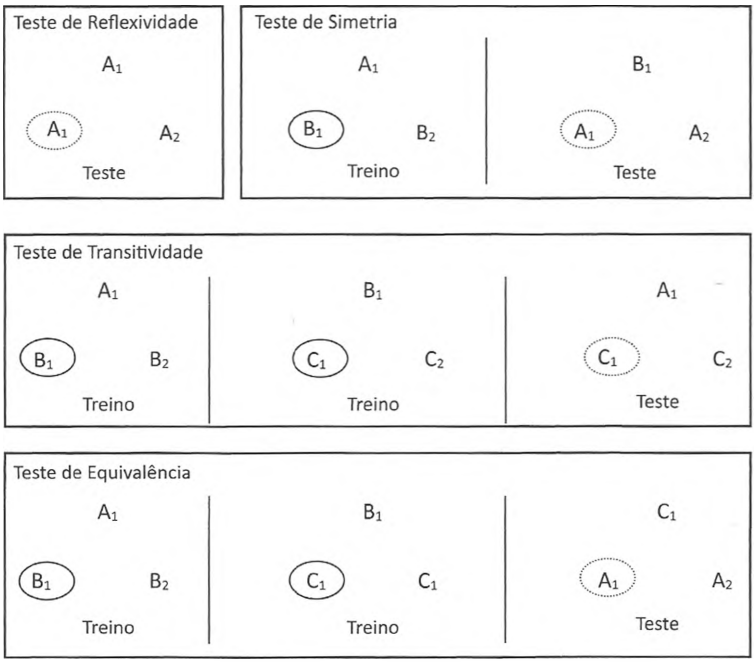


Figura 6.2 Testes empíricos para definição de uma classe de estímulos equivalentes.

Os autores conduziram testes de transitividade (Relação A_1C_1 e A_2C_2) e equivalência (Relação C_1A_1 e C_2A_2), e observaram que 27 dos 36 participantes responderam de acordo com tais relações em 85% ou mais tentativas.

Em uma segunda etapa do experimento, Barnes-Holmes et al. (2000) dispuseram em duas garrafas a mesma quantidade de um refrigerante de cola. Vale ressaltar que ambos os recipientes continham a mesma substância, todavia, as garrafas foram rotuladas com a "marca X" e a "marca Y". A tarefa dos participantes consistia em degustar o refrigerante das duas garrafas e classificar sua "agradabilidade" (*pleasantness rating*). Não surpreendentemente, a maioria dos participantes que foram bem-sucedidos nos testes de equivalência (16 dos 27) responderam que a "marca Y" era mais agradável.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Os autores concluíram que as funções reforçadoras potencialmente já estabelecidas para o estímulo "férias" (A_2) e as funções aversivas previamente estabelecidas para "câncer" (A_1) foram *transferidas* para as sílabas sem sentido "ZID" (B_2) e "VEK" (B_1) e, mais tarde, para as marcas de refrigerante "Y" (C_2) e "X" (C_1). Outros resultados experimentais corroboram as conclusões de Barnes-Holmes et al. (2000). Por exemplo, Roche e Barnes (1997) estabeleceram classes de estímulos equivalentes, treinaram funções eliciadoras a um dos membros da classe e, posteriormente, observaram tais funções sendo partilhadas pelos demais estímulos.

Catania (1999) argumenta que há uma diferença entre estímulos pertencerem a uma classe de equivalência e serem equivalentes funcionalmente. Para que se cumpra o primeiro papel é necessário apenas obedecer às propriedades descritas por Sidman e Tailby (1982); para que se cumpra o segundo, eles precisam ser funcionalmente intercambiáveis, ou seja, influenciar o comportamento de modo semelhante.

A *transferência de função de estímulos* descreve, então, o fenômeno no qual se observa que, a partir do estabelecimento de uma classe de equivalência, as funções de um estímulo são partilhadas pelos demais em alguns contextos. Como ensina de Rose (1993, p. 295), os indivíduos não costumam abrir o guarda-chuva diante da palavra *chuva*, entretanto, tais estímulos são capazes de influenciar seu comportamento "como se fossem" os fenômenos aos quais se referem – em alguns contextos.

O paradigma da equivalência de estímulos marcou tão profundamente a ciência do comportamento que de Rose e Bortoloti (2007) chegaram a descrevê-lo como um modelo comportamental do significado, ou do comportamento simbólico.

Retomando:

Segundo Sidman e Tailby (1982), uma classe de estímulos é equivalente quando são observadas:

- Reflexividade: se A_1, então A_1, se A_2, então A_2;
- Simetria: se A_1 B_1, então B_1A_1;
- Transitividade: se A_1 B_1 e B_1 C_1, então A_1C_1;
- Equivalência: se A_1 B_1 e B_1 C_1, então C_1A_1.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

A BUSCA POR UMA TEORIA COMPORTAMENTAL DA LINGUAGEM

Apesar de a proposta skinneriana para explicar o comportamento verbal via compreensão operante ter sido fundamental para pavimentar a entrada dos analistas do comportamento no debate dos comportamentos complexos, parece que certas características de sua obra limitaram o avanço de uma teoria comportamental da linguagem. Segundo Stewart e Roche (2013), por exemplo, ao apelar para a história de aprendizagem do mediador de consequências, a definição skinneriana de comportamento verbal acaba apenas "postergando" e não explicando por que o falante se comporta verbalmente. Apesar de Skinner (1992/1957) pressupor o treino especial do ouvinte, o autor não descreve seu estabelecimento.

Stewart e Roche (2013) avaliam ainda que a definição skinneriana é muito ampla. Na medida em que se requer apenas um ouvinte especialmente treinado e a mediação de consequências, comportamentos de diversas ordens podem ser inclusos sob o rótulo de *verbais*. Por exemplo, em uma caixa experimental, a pressão à barra consequenciada pelo experimentador se enquadraria na definição.

Argumenta-se, ainda, que Skinner fracassou na tarefa de promover um programa de pesquisa empírica que subsidiasse a busca pelos processos comportamentais partícipes das relações verbais. Diferentemente do restante de sua obra, Skinner (1957) explicou o comportamento verbal via interpretações e extrapolações. Todavia, há esforços de Willard Day, datados do final do século XX, além de outros empreendimentos empíricos inspirados em Skinner (1992/1957) que não devem ser desconsiderados como, por exemplo, a linha de pesquisa da qual emergem Bandini (2008), entre outros.

Os achados de Sidman (1971), ao passo em que inspiraram pesquisadores básicos, convocaram aplicadores a explorar o modelo da equivalência de estímulos. Aliada à economia de tempo/recursos produzida pela emergência de relações não treinadas, a evidente conexão entre o paradigma da equivalência de estímulos e o funcionamento da linguagem foi fundamental para o avanço da análise do comportamento.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Provocados pelas críticas da comunidade científica, os proponentes da RFT buscaram nas considerações skinnerianas sobre o comportamento verbal e nas formulações de Murray Sidman sobre as relações derivadas as bases para elaborar uma abordagem particular para a linguagem e a cognição.

O QUE É RFT?

O objetivo da busca de Hayes e de seus colaboradores pode ser descrito como o empenho por desvendar como estímulos podem adquirir função no controle do comportamento (Perez, Nico, Kovac, Fidalgo & Leonardi, 2013). I. Pavlov, no final do século XIX, já havia descoberto que, via pareamentos sistemáticos, eventos que antes não influenciavam o comportamento de um organismo podiam passar a fazê-lo (Catania, 1999). B. F. Skinner, durante a primeira metade do século XX, descreveu a importância dos estímulos consequentes no sentido de estabelecer o poder de alterar probabilidades de respostas a estímulos antecedentes (Skinner, 1953/2007). Na segunda metade do século XX, Sidman demonstrou que funções de estímulos podem ser estabelecidas indiretamente – a partir da formação de classes de estímulos equivalentes.

Até meados do século XX, a análise do comportamento lidava apenas com a concepção de que o controle do comportamento era estabelecido via contingências diretas; dos anos de 1970 em diante, constatou-se a possibilidade de que estímulos assumam funções derivadas das relações estabelecidas com outros estímulos.

De modo geral, pode-se definir a RFT como um conjunto de conhecimentos e reflexões derivadas da pesquisa empírica que se dedica a explicar os fenômenos da linguagem e da cognição. A Teoria das Molduras Relacionais pode ser descrita, então, como uma teoria sobre a derivação de relações entre estímulos e de funções comportamentais.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

A RFT:

- Foi concebida por S. Hayes e A. Brownstein em meados de 1980, todavia, sua primeira descrição completa foi publicada por Hayes et al. (2001).
- Pode ser definida como um conjunto de postulados extraídos de inúmeras pesquisas empíricas que tem como interesse explicar a linguagem e a cognição.
- Se empenha no estudo do estabelecimento de relações e funções derivadas entre estímulos.

RESPONDER RELACIONAL

Segundo Hayes et al. (2001), diferentemente do que propunha Sidman (1994), o fenômeno da derivação de relações entre estímulos não é inerente às relações de contingência. Os proponentes da RFT assumem que responder a estímulos "em termos de outros" – o chamado *responder relacional* – é produto de um treino específico, o *treino de múltiplos exemplares* (TME).

O TME está presente nas formulações da análise do comportamento, pelo menos, desde que Skinner (2007/1953) descreveu a história de reforçamento responsável por estabelecer o processo de abstração. Conforme ensina o autor,

> o comportamento pode ser colocado sob controle de uma única propriedade ou de uma combinação especial de propriedades de um estímulo ao mesmo tempo em que libertado do controle de todas as outras propriedades. O resultado é conhecido como **abstração**. (p. 148, grifo nosso).

A abstração seria então o fenômeno que descreve uma contingência na qual uma resposta está sob o controle de uma faixa estreita de estimulação, seja uma propriedade específica do estímulo (e. g., cor, dimensão, textura), seja um conjunto delas.

A abstração da propriedade "aveludado" servirá de exemplo. Uma possível história responsável pelo estabelecimento do repertório de res-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ponder a estímulos "aveludados" se constrói a partir: (a) do reforçamento de respostas aos mais diversos eventos do ambiente que contenham a propriedade específica em questão; e (b) da extinção de respostas a estímulos que não a contenham. Diante da demanda "escolha o objeto aveludado", segue-se um reforço a respostas em direção, por exemplo, a um pêssego, a uma almofada, a um carpete, mas não a um cacho de uvas, a uma mesa de mármore ou a um assoalho de taco (Figura 6.3).

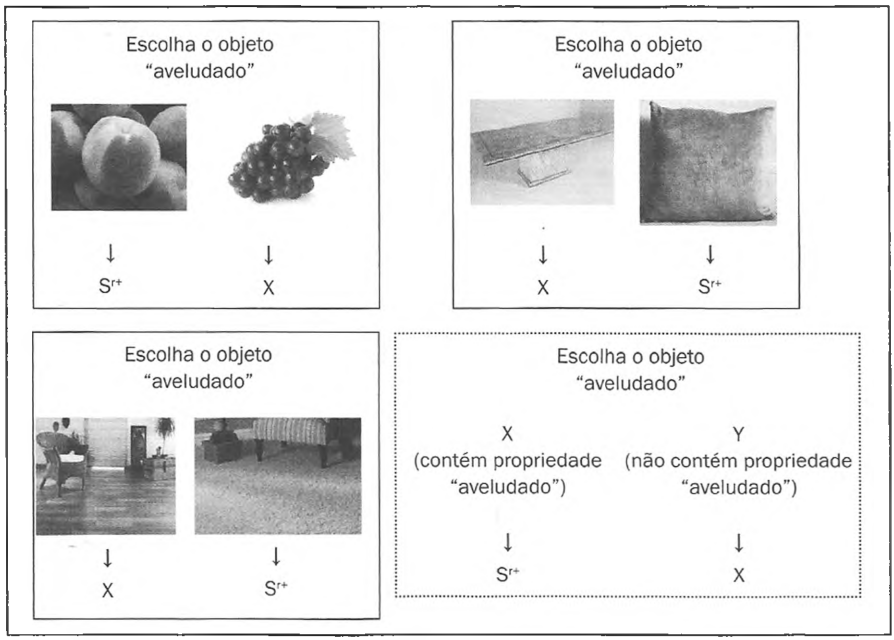


Figura 6.3 Contingências de reforçamento para o estabelecimento da propriedade "aveludado".

A despeito da evidente diferença entre os estímulos dispostos na contingência, o critério de reforçamento se mantém – respostas àqueles objetos que possuem textura aveludada. Diz-se que houve *abstração* quando: (a) o organismo responde em direção a um estímulo que não esteve presente durante o procedimento de treino e que possui a propriedade-critério para reforçamento e (b) não responde a estímulos que não a contenham (Catania, 1999).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Esse procedimento é igualmente efetivo no estabelecimento de controle por propriedades que ultrapassam as barreiras estruturais dos estímulos. É possível que haja abstração de propriedades que não são inerentes à morfologia dos estímulos em si, mas que são observadas apenas a partir da sua relação – conforme Hayes et al. (2001), na implicação dos estímulos.

Por exemplo, a propriedade "maior" só pode ser estabelecida a partir da relação entre um estímulo que, naquele contexto, é menor e outro que, naquele contexto, é maior. Todavia, em outra contingência, aquele que antes obedecia à propriedade "maior" pode vir a funcionar como "menor".

Suponha a demanda pelo "brinquedo maior" quando se dispõe de um boneco e de um dado (Figura 6.4). Nesta condição, segue-se o reforçamento caso o organismo selecione o boneco. Entretanto, suponha agora uma demanda semelhante quando se dispõe do mesmo boneco e de um pula-pula. A despeito de que, na contingência anterior, a propriedade "maior" fora estipulada para o boneco, no novo contexto, o reforçamento se segue caso o pula-pula seja selecionado.

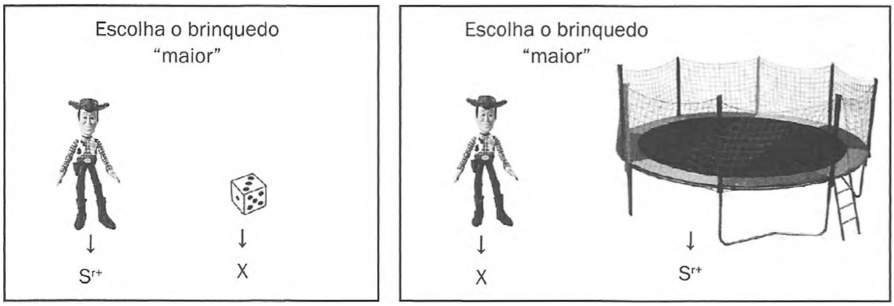


Figura 6.4 Contingência de reforçamento para a propriedade "maior que".

O TME possibilita, então, que um organismo responda a propriedades abstraídas da relação, ou implicação, de estímulos. Törneke (2010) nomeia esse repertório peculiar de *responder relacional.*

Catania (1999) defende que repertórios como "escolher o vermelho" diante de um modelo vermelho ou, ainda, apontar o dedo diante de alguém fazendo o mesmo gesto podem ser entendidos como instân-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

cias comportamentais de classes mais amplas, por exemplo, "responder ao igual" ou "imitar". Segundo o autor, tais comportamentos são chamados de *operantes de ordem superior*.

Hayes et al. (2001) apontam que, por vezes, é útil ignorar as diferenças entre a forma de um conjunto de respostas, por mais marcantes que sejam. Uma vez que todas produzam consequências semelhantes, é possível agrupá-las em uma classe operante de *ordem superior* ou em um *operante generalizado*. A imitação serve de exemplo. Independentemente da unidade topográfica da resposta, o que se observa a partir de um TME em que ações servem de estímulo para respostas de agir de modo semelhante é que se estabelece uma relação funcional entre a dimensão contextual relevante (ação a ser imitada) e uma resposta (imitar). Após uma série de variações na dimensão contextual e reforçamento de respostas condizentes a elas, estabelece-se um responder que independe de suas características topográficas para ser definido. O *imitar* não pressupõe qualquer exigência formal da resposta final, pelo contrário, tal repertório deve ser flexível a ponto de ser inteiramente governado pela condição que o antecede (modelo).

Hayes et al. (2001) defendem que o *responder relacional* pode ser apenas mais um exemplar de operante de ordem superior. Na medida em que respostas de *relacionar estímulos de diversas qualidades* são reforçadas, está se fortalecendo o responder a relações entre dimensões contextuais e não a fragmentos específicos.

PROPRIEDADES ARBITRÁRIAS DOS ESTÍMULOS

Hayes et al. (2001) comentam que alguns estudos apresentam dados consistentes de que organismos não humanos são capazes, a partir de treino adequado, de responder a relações entre estímulos tendo em vista suas propriedades físicas (e. g., selecionar o estímulo maior, menor, etc.) e ainda derivar novas relações. Segundo os autores, esse repertório já foi observado em macacos *rhesus*, pássaros, peixes, entre outros animais. Todavia, há algo de particular na experiência humana com o responder relacional.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Törneke (2010) defende que os humanos são expostos a contingências relacionais desde muito cedo. Ademais, a possibilidade de abstração de propriedades observadas apenas na implicação de estímulos abre espaço para um fenômeno único. Humanos são capazes de responder a relações entre estímulos com base em propriedades arbitrárias, ou seja, atributos convencionados socialmente.

Tome-se como exemplo a propriedade "importância", ou ainda "valor". A partir do treino em relações monetárias, um indivíduo é capaz de responder adequadamente que uma moeda de cinco centavos é "maior" do que outra de dez centavos. Entretanto, caso se considere apenas as dimensões formais de ambas, tal resposta estaria incorreta[1]. Outro paradoxo se dá quando se deve apontar para o "menor" entre um diretor de empresa e um estagiário. Caso o comportamento esteja sendo controlado pelas propriedades físicas dos estímulos, a resposta correta deve ser direcionada àquele que possui menor estatura. Todavia, caso a propriedade "importância" esteja influenciando o responder, o diretor deverá ser escolhido.

"Valor", "importância", "beleza", entre tantas outras, são propriedades não inerentes à estrutura física dos estímulos, mas sim atribuições convencionadas por uma comunidade verbal. Essas propriedades são chamadas de *arbitrárias* e, apesar da diferença em termos de origem, seu poder no controle do comportamento é igualmente efetivo.

Desde as considerações de Sidman (1971), sabe-se que, ao reforçar respostas a um estímulo A diante de um estímulo B, bem como reforçar respostas ao estímulo B diante do estímulo A, uma relação de intercambialidade funcional entre A e B é estabelecida. Viu-se que o responder relacional descreve o comportar-se em direção a um estímulo "em termos" de outro. Conforme explicitado por Hayes et al. (2001), as propriedades controladoras do responder relacional podem considerar tanto dimensões físicas quanto arbitrárias dos estímulos. A RFT encontrou nesses fenômenos a âncora para suas investigações. Segundo seus proponentes, o *responder relacional arbitrariamente aplicável* é o operante que subjaz a linguagem e a cognição.

[1] No sistema monetário brasileiro corrente, a superfície da moeda de cinco centavos cobre mais espaço do que a de dez centavos.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

RESPONDER RELACIONAL ARBITRARIAMENTE APLICÁVEL

Segundo as formulações da RFT, em determinados contextos, os humanos se comportam diante de símbolos (e. g., palavras) como se comportassem diante dos seus referentes (Hayes et al., 2001, Törneke, 2010, Dymond & Roche, 2013). Hayes et al. (2001) explicam que tal fenômeno ocorre porque desde muito cedo na história ontogenética de um indivíduo há um treino específico – TME – que gera como produto a formação de classes de estímulos intercambiáveis entre si.

Tome-se como exemplo o torcedor apaixonado que se inflama com a derrota de seu clube, vai ao armário e, em seguida, rasga a bandeira que lá estava guardada. Considerando apenas as propriedades formais da bandeira e retomando a visão skinneriana dos efeitos colaterais do controle aversivo, pode-se inferir que a resposta colérica do torcedor em direção ao objeto seria infundada, pouco razoável ou produto de pura variação operante. Entretanto, quando se considera o "valor", significado ou, mais precisamente, as propriedades arbitrárias do estímulo "bandeira", pode-se imaginar que o comportamento do torcedor é um típico exemplar de contracontrole dirigido a uma "suposta" fonte de controle coercitivo. "Suposta" aparece destacado no período de modo intencional. Objetiva-se alertar o leitor para o fato de que a origem da estimulação aversiva que motiva a resposta colérica não era a bandeira, que inclusive nem estava presente na cena da derrota. Contudo, naquele contexto, o estímulo "bandeira" funcionava – controlava o comportamento – como o próprio clube derrotado e, assim, agredir a bandeira "era como se fosse" agredir o próprio clube.

A RFT surge enquanto corpo científico com o intuito de interpretar, prever e fornecer subsídios para o controle de fenômenos como o explicitado acima. Seus proponentes postulam que, para que se compreenda a linguagem e a cognição, é fundamental que se investigue o comportamento operante que subjaz a capacidade de derivar relações e funções entre estímulos – o *responder relacional arbitrariamente aplicável* (RRAA) (Hayes et al., 2001).

Segundo Berens e Hayes (2007), até a presente data, o RRAA só foi observado em seres humanos, todavia, dados seguem sendo coletados. Törneke (2010) descreve que a assunção do RRAA enquanto obje-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

to de estudo da RFT esteve condicionada à comprovação das suas propriedades enquanto um comportamento operante como outro qualquer: (a) desenvolver-se gradualmente, (b) ser flexível e passível de influência por estimulação ambiental, (c) ser controlável por antecedentes e (d) ser alterado pelas consequências que produz. Após cerca de 20 anos de pesquisa empírica, Hayes e Barnes-Holmes (2004) atestam que os dados seguem reafirmando a natureza operante do RRAA.

Como mencionado, o RRAA é um operante de ordem superior estabelecido via TME. Inicialmente, os organismos aprendem a responder a relações entre estímulos com base nas suas propriedades estruturais ou físicas (e. g., a moeda de dez centavos *é menor que* a moeda de cinco centavos – dimensão física). Contudo, a partir das práticas de reforçamento da comunidade verbal, é possível que as propriedades arbitrárias dos estímulos sejam abstraídas e, então, os indivíduos passam a responder a elas (e. g., cinco centavos *é menor que* dez centavos – valor).

Hayes et al. (2001) consideram que o estabelecimento do RRAA se inicia muito cedo, quando as crianças são expostas a contingências em que são demandadas respostas relacionais. Por exemplo, quando seus responsáveis descrevem relações do tipo símbolo-referente (como "esta é a boneca", "isto é o carrinho") ou, ainda, quando solicitam respostas como olhar para determinadas direções ("olha o papai!"), apontar ("cadê a bola?"), pegar ("pega o lápis"), trazer objetos ("traz o livro"), entre outros.

Estendendo aquilo que afirmava Sidman (1994), os proponentes da RFT demonstraram que é possível estabelecer diversos tipos de relações entre estímulos. Enquanto classes de equivalência lidam com relações do tipo X *equivale à* Y, Hayes et al. (2001) afirmam que outras relações como X *causa* Y (relações de causalidade), X *é maior do que* Y (relações de comparação), X *está contido em* Y (relações hierárquicas), X *ocorre antes de* Y (relações temporais), X *está aqui enquanto* Y *está aí* (relações dêiticas ou de tomada de perspectiva), entre outras, também são possíveis de serem treinadas.

O responder relacional derivado é, segundo Hayes et al. (2001), passível de controle contextual. A estimulação antecedente denominada C_{Rel}, ou dica contextual, especifica o tipo de relação a ser implicada entre os estímulos. O C_{Rel} designa então como, ou a partir de que propriedade, os estímulos devem ser colocados em relação. São exemplares de

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

dicas contextuais símbolos, como "=", "<", ">", "≠", "≅", ou ainda expressões como "igual a", "maior que", "antes de", "causa de", etc. As dicas contextuais foram agrupadas por Hayes et al. (2001) em *famílias* (e. g., coordenação, comparação, causalidade, espaciais, dêiticas, etc.).

Retomando:

- Fala-se em *responder relacional* quando se observa que um dado organismo responde a propriedades que somente estão disponíveis a partir da relação entre dois estímulos (e. g., *maior/menor, antes/depois, lá/aqui*);
- Inicialmente, o responder relacional se restringe às propriedades físicas dos estímulos (suas características estruturais ou formais);
- *A posteriori*, os organismos (humanos) são capazes de responder a propriedades relacionais convencionadas socialmente, as chamadas propriedades arbitrárias dos estímulos.

LINGUAGEM E SUAS PROPRIEDADES

Os proponentes da RFT identificaram que responder a relações entre estímulos envolve certas características que vão ao encontro dos fenômenos típicos da linguagem. Quando Sidman (1971) descreveu as relações simétricas, transitivas e equivalentes, um grande passo foi dado no sentido de desenvolver um quadro analítico para tais eventos.

> A razão mais substancial para a excitação gerada pela equivalência, entretanto, é que a mesma possui relevância óbvia para a linguagem humana. Em particular, parece que há uma forte semelhança entre desempenhos de equivalência e o tipo de bidirecionalidade que parece caracterizar as relações palavras-referentes, sugerindo assim um novo modelo de compreensão das relações semânticas. (Hayes et al., 2001, p. 19)

Diferentemente do pioneiro do paradigma da equivalência, os proponentes da RFT abordaram as relações derivadas enquanto comportamento operante produto de contingências de treino. Esse repertó-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

rio, o RRAA, apresenta certas características definidoras (Törneke, 2010) que lembram os desempenhos observados por Sidman (1971). Contudo, uma vez que se admite a existência de relações não lineares (se A > B, então B < A) uma alteração terminológica se fez necessária. De acordo com Hayes et al. (2001), as propriedades que definem o RRAA são: a implicação mútua, a implicação combinatória e a transformação da função dos estímulos de acordo com C_{Rel} (ver Figura 6.5).

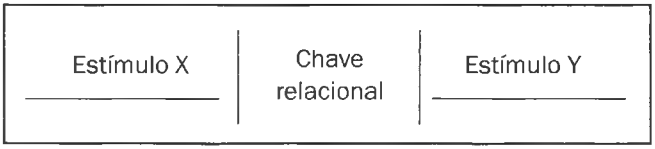


Figura 6.5 Representação esquemática de uma moldura relacional.

O TME colocado em prática desde a tenra infância dos humanos possui uma peculiaridade: muitas vezes, ao passo em que se demanda uma resposta ao estímulo Y diante de um estímulo X (relação XY), a relação inversa também é treinada (responder a X diante de Y – YX). Ou seja, diante "deste", responde-se "àquele", mas também diante "daquele", responde-se a "este". Por exemplo, se diante da palavra "casa" se reponde à imagem de uma casa, diante da imagem de uma casa, responde-se à palavra "casa". Hayes et al. (2001) argumentam que um treino como o mencionado estabelece uma espécie de *bidirecionalidade* entre os estímulos. O fenômeno também tem sido descrito sob a alcunha de *implicação mútua* e, segundo os teóricos da RFT, é fruto de extensa e prematura prática de reforçamento para tal repertório.

Hayes et al. (2001) argumentam que é possível que implicações mútuas sejam combinadas. Por exemplo, se diante da palavra "cachorro" se responde à imagem de um cachorro (AB), e diante da imagem de um cachorro se reponde à expressão "au-au" (BC), diante da palavra "cachorro" é esperado, por *implicação combinatória*, que se responda à expressão "au-au" (AC). A implicação combinatória também é entendida pela RFT como resultado de treino e não como um processo comportamental inerente às contingências.

Um dos fenômenos mais importantes dentre os investigados pelos pesquisadores da RFT diz respeito à possibilidade de que a função dos estímulos seja modificada a partir do tipo de relação (C_{Rel}) em vi-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

gor. Segundo Hayes et al. (2001), caso um indivíduo emita um RRAA de modo a implicar dois estímulos sendo que A *é maior do que* B, ele se comportará diante das funções de A "como se fossem maiores" do que as de B. Supondo que B é um estímulo aversivo, diante de A o indivíduo tenderá a apresentar maior taxa de respostas de fuga e esquiva, por exemplo. Ou ainda, se A for um estímulo discriminativo para uma resposta qualquer, B tenderá a evocar respostas em menor frequência ou taxa.

Os proponentes da RFT argumentam que a terceira propriedade definidora do RRAA é a *transformação de função de estímulos.* Essa propriedade diz respeito à modificação das funções dos estímulos em consonância ao C_{Rel} em vigor. Todavia, como já considerado há tempos pelos teóricos da equivalência, nem todas as funções são modificadas a partir das relações estabelecidas entre os estímulos (ver de Rose, 1993). Hayes et al. (2001) ensinam que o C_{Func}, outro exemplar de controle contextual do RRAA, determina quais funções dos estímulos devem ser transformadas.

Retomando:

Levando-se em consideração que A, B e C são um conjunto de estímulos quaisquer, tem-se:

- **Implicação mútua (ou bidirecionalidade)**: caso um estímulo esteja implicado a outro, o segundo também estará implicado ao primeiro. Se A = B, então B = A, ou ainda, se A>B, então B<A.
- **Implicação combinatória**: caso um estímulo esteja implicado a um segundo estímulo, e este esteja implicado a um terceiro, o primeiro e o terceiro também estarão implicados. Se A = B e B = C, então A = C, ou ainda, se A = B e B ≠ C, então A ≠ C.
- **Transformação de função de estímulos**: uma vez que uma rede de relações entre estímulos implicados esteja constituída, as funções de um dos membros da teia podem ser transformadas a partir das relações estabelecidas entre esse estímulo e os demais, a depender dos estímulos contextuais C_{Rel} e C_{Func} em vigor na contingência relacional.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

O QUE SÃO MOLDURAS RELACIONAIS?

Molduras relacionais são **metáforas** utilizadas como recurso didático para tornar gráfica a explicação do responder relacional derivado, ou seja, uma moldura relacional é, na verdade, a representação pictórica do RRAA (Figura 6.5). Tendo em vista possíveis interpretações dualistas e/ou internalistas, Törneke (2010), por exemplo, defende que, ao invés do termo *moldura relacional*, fale-se em *emoldurar relacionalmente* (*relational framing*).

Emoldurar relacionalmente é comportar-se de modo a responder a um estímulo em termos de outro a partir de suas propriedades arbitrárias. Esse repertório é caracterizado pelos fenômenos da implicação mútua, da implicação combinatória e da transformação de função de estímulos de acordo com o tipo de relação estabelecida.

A metáfora das molduras é útil na medida em que, contida nela, podem ser colocados quaisquer eventos. Esquematicamente, uma moldura relacional conta com, pelo menos, dois estímulos postos em relação a partir de uma dica ou chave relacional que especifica o tipo de relação a ser considerada. Em uma moldura relacional de comparação (Figura 6.6), por exemplo, o estímulo A (moeda de cinco centavos) é posto em relação com o estímulo B (moeda de dez centavos) a partir da chave relacional "menor que".

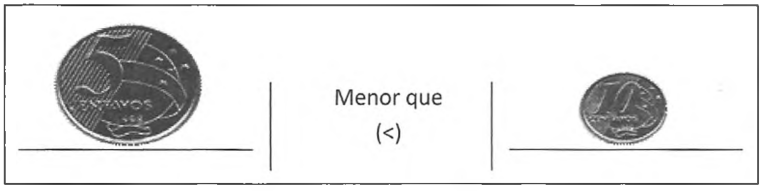


Figura 6.6 Representação gráfica de uma moldura relacional.

As molduras relacionais podem ser entendidas como o resultado de uma história de reforçamento diferencial em que o critério para liberação de consequências dirigia-se a uma determinada propriedade de estímulos convencionada pela comunidade. Emoldurar relacionalmente é, então, comportar-se a partir da abstração de uma relação entre estímulos (maior que, menor que, mais alto, mais baixo, antes de, depois de, é

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

causa de, é efeito de, etc.). Na medida em que tais propriedades não necessariamente respeitam os limites estruturais dos estímulos, quaisquer eventos podem ser implicados a partir de um sem número de possibilidades de relações.

Hayes et al. (2001) defendem que, caso a RFT esteja correta, o número de molduras relacionais depende exclusivamente da "criatividade da comunidade verbal/social que as treina" (p. 40). Os autores comentam ainda que, apesar de o conceito genérico de moldura relacional (enquanto artifício didático) ser fundamental para a compreensão da RFT, a especificação de cada tipo de moldura não é. Molduras relacionais são, portanto, classes de RRAA que compartilham a pista contextual envolvida na relação entre estímulos.

Como mencionado anteriormente, Hayes et al. (2001) especificam uma série de famílias de molduras relacionais. Algumas dessas classes de RRAA estão definidas e exemplificadas no Quadro 6.1.

Quadro 6.1 Famílias de Molduras Relacionais

- **Coordenação:** são relações de identidade, igualdade, equivalência, semelhança ou similaridade entre estímulos. São especificadas por dicas contextuais como: "isto é um copo", "este é igual a este", "aquele é semelhante ao outro", etc.
- **Distinção:** são relações que especificam elementos dissonantes entre estímulos. São especificadas por dicas contextuais como: "isto não é um copo", "este é diferente deste", "aquele é distinto do outro", etc.
- **Comparação:** são relações que contrapõem dimensões qualitativas ou quantitativas entre estímulos. São especificadas por dicas contextuais como: "isto é maior que aquilo", "este é mais curto que este", "aquele é mais veloz que o outro", etc.
- **Hierárquicas:** são relações que especificam níveis de organização entre estímulos. São especificadas por dicas contextuais como: "isto é parte daquilo", "este é superior a este", "aquele contém o outro", etc.
- **Etc.**

CRÍTICAS À RFT

Desde o seu nascimento, em meados dos anos de 1980, a RFT se mantém apoiada em um pujante empenho de pesquisas empíricas (Boavista, 2013). Contudo, muitas das suas formulações e postulados seguem cau-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

sando desconforto e até mesmo rejeição por parte da comunidade científica. Dymond et al. (2010) chegam a afirmar que a RFT "permanece complexa e até controversa" (p. 98).

As críticas direcionadas à RFT e aos seus proponentes são passíveis de categorização em dois grandes blocos: as críticas de cunho epistemológico, que envolvem questões de ordem filosófica, teórica e conceitual, e as críticas de cunho metodológico, que envolvem limites e questionamentos aos procedimentos de coleta e de análise de dados empíricos.

Dentre as críticas de cunho epistemológico, autores como McIlvane (2003) salientam desde a complexidade das explanações da RFT até mesmo a animosidade presente no "tom" dos argumentos de Hayes et al. (2001). Já no que tange às questões metodológicas, Galizio (2003), por exemplo, expõe que as pesquisas empíricas desenvolvidas à luz da RFT têm se dedicado quase que exclusivamente ao estudo de molduras relacionais de coordenação (e. g., relações de equivalência). Os críticos questionam ainda a validade dos dados que amparam a RFT, uma vez que os participantes dos experimentos são em sua esmagadora maioria estudantes universitários expostos a tarefas de SMTS (emparelhamento simultâneo ao modelo).

Boavista (2013) realizou uma análise dos aspectos metodológicos de 85 artigos publicados entre 1991 e maio de 2013, produzidos sob a égide de Hayes et al. (2001). De acordo com o autor, as críticas metodológicas dirigidas à RFT se sustentam, porém um corpo crescente de dados vem sendo produzido sob condições diferentes. Desde o início dos anos de 2000, por exemplo, os estudos em RFT têm contemplado populações de diferentes faixas etárias e com os mais variados diagnósticos. Ademais, não são raros os experimentos em que outras tarefas que não o SMTS vêm sendo empregadas.

Em uma tentativa de responder às críticas, Hayes e Barnes-Holmes (2004) salientaram que os resultados coletados até aquele momento apenas "arranharam a superfície" (p. 217) de toda a messe a ser concluída. Apesar do robusto corpo de dados produzido, a aplicabilidade da RFT segue controversa.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

APLICAÇÕES CLÍNICAS NO TRABALHO COM ACT

Apesar de Hayes, Strosahl e Wilson (2010) defenderem que a Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT – ver Capítulo 7 deste livro) é um modelo de psicoterapia que toma como base as formulações da RFT, autores como, por exemplo, Blackledge e Drake (2013) consideram que há ainda muito a ser desenvolvido para que se estabeleça uma clara relação entre RFT e ACT.

Há estudos que investigam a participação do repertório relacional em uma série de quadros psicopatológicos. Villatte et al. (2010), por exemplo, investigaram o repertório de RRAA dêitico (relações de tomada de perspectiva) em pacientes diagnosticados com esquizofrenia. Já Gorham et al. (2009) e Rehfeldt et al. (2007) estudaram o déficit e o treino necessário para que crianças com o transtorno do espectro autista apresentassem repertórios relacionais.

Apesar da escassez de material bibliográfico que se arvore a estabelecer a clara relação entre o trabalho clínico e a RFT, os exercícios interpretativo e especulativo podem ser de grande valia nesse empreendimento. Ao passo em que se admite que adultos verbalmente competentes são capazes, devido ao exaustivo treino de relacionar estímulos arbitrariamente, de derivar relações entre eventos das mais diversas formas e de se comportar diante deles em termos daqueles aos quais se referem e também a partir das suas funções derivadas (transformadas), é razoável conceber que palavras, símbolos, gestos, objetos, entre outros, tornam-se fontes de sofrimento em potencial.

Imagine-se um indivíduo que buscou terapia por conta de uma série de episódios em que se deparou com sentimentos e pensamentos desagradáveis. Durante a sessão, ele recebe o diagnóstico (uma palavra) de um quadro psicopatológico com o qual ele nunca havia tido qualquer tipo de contato. Findo o encontro com o terapeuta, o indivíduo busca informações na internet e descobre que seu diagnóstico é "o pior dentre os casos de depressão". Ainda inquieto pela recente descoberta, o indivíduo encontra-se com amigos próximos e comenta sobre seu diagnóstico. Um dos seus interlocutores informa que um conhecido em comum da faculdade havia cometido suicídio "por causa dos" sintomas

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

depressivos. A despeito dos bons momentos vividos durante o encontro, o indivíduo retorna para casa experimentando sentimentos e pensamentos ainda mais dolorosos. Já em sua residência, ele toma uma série de medidas como, por exemplo, consumir medicamentos, no sentido de eliminar a ocorrência das sensações e imagens que lhe ocorriam.

Direcionar a atenção apenas para as contingências diretas vividas pelo indivíduo pouco, ou nada, é útil no sentido de identificar as fontes de sofrimento e as variáveis que controlaram as medidas para evitar os eventos privados. Todavia, na medida em que se supõe a emissão de uma série de RRAAs, por exemplo, "eu *igual a* diagnóstico", "meu diagnóstico é *pior do que* depressão", "depressão *causou* suicídio", "diagnóstico *é ainda mais* doloroso", torna-se mais compreensível hipotetizar que as funções aversivas do suicídio do amigo tenham transformado a função do próprio diagnóstico e, por conseguinte, sua própria experiência de eu.

De acordo com Hayes et al. (2001), o advento da RFT viabilizou que os terapeutas comportamentais de terceira geração, especialmente aqueles amparados pelo sistema clínico da ACT, compreendam e intervenham nos contextos verbais, ou seja, nas relações e funções derivadas dos estímulos que geram sofrimento. Na esteira dos autores, Blackledge e Drake (2013) descrevem a ACT enquanto uma psicoterapia recomendável para pacientes cujo sofrimento está vinculado ao seguimento de regras danosas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste capítulo é introduzir o leitor às principais características da RFT enquanto conjunto de formulações sobre a linguagem e suas propriedades. Tendo em vista que o mesmo não se propunha a exaurir ou elucidar todas as questões sobre o tema, sugere-se fortemente a consulta às obras nele referenciadas, bem como a busca por material que cumpra a função de tornar a RFT um caminho menos árido e desconhecido.

Ressalta-se que a juventude da RFT ainda promove desconfiança e certo ceticismo na comunidade científica. Entretanto, o corpo empírico que subjaz o empreendimento proposto por Hayes et al. (2001) segue se avolumando, inclusive no que tange à aplicabilidade de seus postulados.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

É inegável que as contribuições da RFT para a compreensão do comportamento complexo afetam a análise do comportamento, tanto no sentido de expandir sua capacidade interpretativa quanto de gerar tecnologias voltadas para a intervenção. Todavia, muito esforço ainda se faz necessário para que, conforme McIlvane (2003), a RFT transite de uma teoria potencialmente útil para uma teoria comportamental da linguagem e da cognição.

REFERÊNCIAS

Bandini, C. S. (2008). *A geratividade do comportamento verbal:* Divergências entre as propostas de B. F. Skinner e N. Chomsky (Tese de doutorado). Universidade Federal de São Carlos, São Paulo.

Barnes-Holmes, D., Keane, J., Barnes-Holmes, I., & Smeets, P. (2000). A derived transfer of emotive functions as a means of establishing differential preferences for soft drinks. *The Psychological Record*, 50, 493-511

Berens, N. & Hayes, S. (2007). Arbitrarily applicable comparative relations: Experimental evidence for a relational operant. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40, 45-71.

Blackledge, J. & Drake, C. (2013). Acceptance and Commitment Therapy: Empirical and theoretical considerations. In S. Dymond e B. Roche (Eds.), *Advances in Relational Frame Theory:* Research and application (pp. 219-252).

Boavista, R. R. C. (2013). *Teoria das molduras relacionais (RFT):* Uma revisão de estudos empíricos (Dissertação de mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP.

Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem:* Comportamento, linguagem e cognição. Porto Alegre: Artmed.

de Rose, J. C. & Bortoloti, R. (2007). A equivalência de estímulos como modelo de significado. *Acta Comportamentalia*, 15, 83-102.

de Rose, J.C. (1993) Classes de estímulos: Implicações para uma análise comportamental da cognição. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9(2), 283-303

Dymond, S. & Roche B. (2013). *Advances in Relational Frame Theory:* Research and application. Oakland: New Harbinger.

Dymond, S., May, R., Munnelly, A., & Hoon, A. (2010). Evaluating the evidence base for Relational Frame Theory: A citation analysis. *The Behavior Analyst*, 33, 97-117.

Galizio, M. (2003). The abstracted operant: A review of Relational Frame Theory: A post-skinnerian account of human language and cognition, edited by S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes, and B. Roche. *The Behavior Analyst*, 26, 159-169

Gorham, M., Barnes-Holmes, Y., Barnes-Holmes, D., & Berens, N. (2009). Derived comparative and transitive relations in young children with and without autism. *The Psychological Record*, 59, 221-246.

Hayes, S. & Barnes-Holmes, D. (2004). Relational operants: Processes and implications: A response to Palmer's review of relational frame theory. Journal of the Experimental *Analysis of Behavior*, 82(2), 213-224.

Hayes, S., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory:* A post-skin-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

nerian account of human language and cognition. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Hayes, S., Brownstein, A., Zettle, R., Rosenfarb, I., & Korn, Z. (1986) Rule-governed behavior and sensitivity to changing consequences of responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 45, 237-256

Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2012). *Acceptance and commitment therapy:* The process and practice of mindful change. New York: The Gilford Press.

McIlvane, W. (2003). A stimulus in need of a response: A review of Relational Frame Theory: A post-skinnerian account of human language and cognition. *The Analysis of Verbal Behavior*, 19, 29-37.

Perez, W. F., Nico, Y. C., Kovac, R., Fidalgo, A. P., & Leonardi, J. L. (2013). Introdução à Teoria das Molduras Relacionais (Relational Frame Theory): principais conceitos, achados experimentais e possibilidades de aplicação. *Revista Perspectivas*, 04(01), 32-50.

Rehfeldt, R. A., Dillen, J. E., Ziomek, M. M., & Kowalchuk, R. K. (2007). Assessing relational learning deficits in perspective-taking in children with high functioning autism spectrum disorder. *The Psychological Record*, 57, 23-47.

Roche, B. & Barnes, D. (1997). A transformation of respondently conditioned stimulus function in accordance with arbitrarily applicable relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 67, 275-300.

Sério, M.T.A.P. (2010). Comportamento verbal e o controle do comportamento humano. In T. Sério, M. Andery, P. Gioia e N. Micheletto *Controle de estímulos e comportamento operante:* Uma (nova) introdução (pp. 154-179).

Sidman, M. (1971). Reading and auditory-visual equivalences. *Journal of Speech and Hearing Research*, 14, 5-13.

Sidman, M. (1994). *Equivalence relations and behavior:* A research story. Boston: Authors Cooperative.

Sidman, M. & Tailby, W. (1982). Conditional discrimination versus matching to sample: An expansion of the testing paradigm. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37, 5-22.

Skinner, B. (2007). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Todorov & R. Azzi, Trads.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1953)

Skinner, B. F. (1992). *Verbal behavior*. Cambridge: B. F. Skinner Foundation. (Trabalho original publicado em 1957)

Skinner, B.F. (1966). An operant analysis of problem solving. In B. Kleinmuntz (Org.), *Problem Solving: Research, method, and theory* (pp. 225-257). New York: John Wiley.

Stewart, I. & Roche, B. (2013). Relational Frame Theory: An overview. In S. Dymond & B. Roche (Eds.), *Advances in Relational Frame Theory:* Research and application (pp. 51-71).

Törneke, N. (2010). Learning RFT: *An introduction to Relational Frame Theory and its clinical application.* Oakland: Context Press.

Villatte, M., Monestès, J. L., McHugh, L., Freixa i Baqué, E., & Loas, G. (2010). Assessing perspective taking in schizophrenia using Relational Frame Theory. *The Psychological Record,* 60, 413-424.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

7 O Que é Terapia de Aceitação e Compromisso?

Michaele Terena Saban

As artimanhas que usamos para escapar da aflição nos desviam de nossos objetivos de vida. E é por eles que vale a pena viver.

Steven C. Hayes (2006)

A Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT) foi desenvolvida por Steven C. Hayes, no final dos anos de 1980, em meio às suas investigações sobre comportamento governado por regras e equivalência de estímulos. Em 1999, junto com Kelly Wilson e Kirk Strosahl, Hayes escreveu o primeiro manual, que foi reeditado em 2012. Essa terapia comportamental teve destaque tanto pela grande quantidade de estudos e pesquisas como por tratar de sentimentos, sensações e pensamentos com uma nova proposta. O objetivo deste capítulo é apresentar essa abordagem, começando com sua filosofia: o Contextualismo Funcional. Depois da visão geral de mundo, seguimos com seu objetivo enquanto terapia e com a concepção de psicopatologia, como a ACT interpreta o sofrimento. Chegamos então às intervenções (metáforas e exercícios) e aos processos envolvidos (modelo do Hexágono de Flexibilidade Psicológica). Finalizamos com algumas considerações sobre a prática do terapeuta e os desafios dessa proposta.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

CONTEXTUALISMO FUNCIONAL

O contextualismo funcional é a visão de mundo que considera os fenômenos como um todo e pertencentes a um contexto. Tudo aquilo que acontece não pode ser visto isoladamente, o fenômeno está intimamente relacionado e coexiste com seu contexto (Pepper, 1942). Assim, para entendermos o comportamento humano, temos que olhar para a situação em que ele ocorre.

A metáfora que exemplifica essa visão de mundo é o evento histórico. O contexto é sempre atual e histórico, isto é, o arranjo ambiental presente no momento em que o fenômeno acontece e a história que esse fenômeno traz constituída nas experiências anteriores (Pepper, 1942). A ação humana, por exemplo, é considerada como um todo junto com o ambiente em que ocorre e com a história de aprendizado dessa ação. Na piada "Por que a galinha atravessou a rua?", um contextualista funcional responderia: "porque a galinha estava lá, porque a rua estava lá e por todas as vezes que ela já atravessou".

O critério de verdade dessa filosofia é o pragmatismo. Considera-se verdade aquilo que funciona e que atende a um objetivo. O objetivo é prever e influenciar os fenômenos, logo, os conceitos que atendem a esse objetivo são considerados verdadeiros (Pepper, 1942). Os conceitos explanatórios da ACT são os da Análise do Comportamento, incluindo a Teoria das Molduras Relacionais (ver Capítulo 6 deste livro). A ACT utiliza-se também de termos intermediários (como *aceitação*, *desfusão*, *flexibilidade psicológica*, etc.) para fins de acessibilidade da prática da terapia para o público não familiarizado com o behaviorismo.

Em termos práticos, seguindo a ACT e o Contextualismo Funcional, olharemos os comportamentos buscando seus significados e funções no contexto em que eles ocorrem e em sua história de aprendizagem. Quando algo acontece, acontece em uma determinada situação dentro de uma história.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- A filosofia da ACT é o Contextualismo Funcional.
- A metáfora do Contextualismo Funcional é o evento histórico: o fenômeno só pode ser entendido com seu ambiente e sua história de aprendizado.
- O critério de verdade é o pragmatismo: verdade é aquilo que funciona.

MODELO DE PSICOPATOLOGIA

Seguindo a proposta Contextualista Funcional, veremos a história do sofrimento humano: o modelo de psicopatologia segundo a ACT. Para a ACT, a psicopatologia ou o sofrimento é *inflexibilidade psicológica* (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999/2012). Significa restrição de repertório, o indivíduo com uma gama reduzida de possibilidades de ações. Por que isso acontece? Veremos a história do sofrimento (Quadro 7.1).

Quadro 7.1 A metáfora do pudim

Essa é uma metáfora do sofrimento humano. Era uma vez uma pessoa P que, num belo dia, comeu um pudim estragado. Passou mal, a barriga doeu e aquilo gerou um enorme mal-estar. P passou então a não gostar mais de pudim. Além de não comer mais pudim (primeira restrição de suas ações: fuga da classe de estímulos "pudim"), P passou a evitar outros doces parecidos com pudim, como doces de coco, manjar, gelatinas esbranquiçadas, bolos molhados de baunilha (segunda restrição: fuga de classes de estímulos fisicamente parecidos com a classe "pudim" – generalização). Um dia P estava com uma amiga que lhe ofereceu um doce que havia feito: um pão doce que em nada se parecia com um pudim. Porém, a amiga lhe disse que o gosto era muito parecido com o de pudim. P não comeu e passou a desconfiar dos pães doces (terceira restrição: relações verbais de comparação).

Fonte: Metáfora elaborada pela autora deste capítulo.

Essa é uma história simples, mas todos nós temos nossos "pudins" e "deixamos de comer muitas coisas". Está aí a origem do sofrimento. Conceitualmente, temos duas problemáticas enquanto seres humanos: *precisão* e *tempo*. Observe que, evolutivamente, é fundamental que aprendamos a não comer comida estragada ou a evitar e fugir de even-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

tos aversivos. Essa habilidade humana é um cerne importantíssimo para nossa sobrevivência. Porém, o pudim estragado era só o pudim número um. Como saber se iremos nos frustrar de novo? Como saber quando devemos nos aventurar ou quando estamos insistindo no erro? Eis a questão da *precisão*, ou *controle de estímulo*.

Um pudim nunca será igual a outro, e não há sequer um pudim que não seja único e singular na história dos tempos. Cada evento é singular e único. O número dois não existe. Contudo, imagine como seria se nós como espécie agíssemos assim? Teríamos que construir uma história com absolutamente tudo. Não há espécie que sobreviva a isso. Assim, fomos selecionados a responder aos estímulos com semelhanças físicas da mesma forma. No caso de P, a história de comer o pudim estragado e passar mal foi emprestada para todos os estímulos que se parecem fisicamente com o pudim original.

Para além da semelhança física e generalização dos estímulos, temos o comportamento verbal, a linguagem. A linguagem, segundo a Teoria das Molduras Relacionais, possibilitou tratarmos as palavras (estímulos verbais) como os estímulos a que elas se referem. Uma palavra nada tem a ver com seu referente em termos físicos. "Pudim" em nada se parece com um doce, porém quando alguém diz que algo se parece com pudim, mesmo sem nenhuma semelhança física entre o som "pudim", o outro doce e o pudim propriamente dito, o repertório de P se estreita mais ainda e ela deixa de comer outras coisas. Essa é obviamente uma simplificação. Além do trato com as palavras como se fossem coisas, somos treinados pela comunidade verbal a relacionar classes de estímulos, de forma que P possa ter um treino de comparar classes de estímulos (foi criada com pessoas que comparavam muito situações) e estar predisposta a "sair comparando pudim com tudo". A questão é que ocorre uma restrição no repertório do indivíduo, P passou a ter uma restrição alimentar e isso é um problema de *precisão*, de controle de estímulos, de discriminar o que dará ou não dor de barriga efetivamente.

A outra questão fundamental é o *tempo*. Nossas ações são afetadas por aquilo que acontece logo em seguida. Quanto mais rápida for a consequência de uma ação, mais ela controlará a ação. Se P demorasse 7 horas para passar mal após comer o pudim estragado, ela teria até mesmo dúvidas se foi realmente o pudim o malfeitor. Quanto mais forte for

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

o gosto ruim sentido assim que P colocou o pudim na boca e a sensação de mal-estar logo em seguida, mais forte será o padrão de evitar pudins. Da mesma forma, ao ver um doce parecido, elicia-se as respostas fisiológicas de mal-estar que se cessam na hora em que P se afasta do suposto doce ruim. Essa consequência de alívio controla as respostas de afastamento de P. Assim, P não se aventura a experimentar outros doces e mantém sua restrição de repertório e seu controle de estímulos grosseiro.

Curiosamente, a linguagem que, por um lado, amplifica os estímulos aversivos, também possibilita que sejamos controlados por consequências atrasadas. Deixamos de comer um doce para emagrecer, pois pensamos na palavra "emagrecer", e esse estímulo substitui a visualização ou a percepção de si mais magro após um tempo de dieta, que é a consequência atrasada. Observe que a consequência imediata verbal nem sempre é tão forte como seu referente. Se emagrecêssemos instantaneamente assim que disséssemos não à sobremesa, seria muito mais fácil fazer dieta.

Esse pequeno conto do pudim, embora simplista, retrata o "se fechar" que ocorre quando passamos por uma experiência dolorosa. Troquemos o "pudim" por um trauma, por uma infância difícil, por maus-tratos, por abusos, por decepções, por corações partidos, por perdas. A experiência dolorosa, ou sofrimento limpo, é algo inerente à vida. O "se fechar", a restrição no repertório, a inflexibilidade psicológica, a diminuição das possibilidades de ação, isso é o sofrimento, ou sofrimento sujo (de segunda ordem) na ACT. Este gera os problemas psicológicos, as restrições às fontes de reforçamento positivo e, em maior grau, as psicopatologias.

Hayes, Strosahl, e Wilson (1999/2012) elencam alguns contextos que propiciam essa restrição no repertório: *fusão cognitiva* ou *literalidade*, *evitar*, *avaliar* e *dar razão*.

Retomando:

Sofrimento é a restrição das ações geradas por:

- Eventos fisicamente semelhantes com a situação aversiva original (generalização).
- Eventos equivalentes à situação aversiva original.
- Eventos relacionados à situação aversiva original.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

FUSÃO COGNITIVA OU LITERALIDADE

Refere-se à nossa habilidade verbal, considerar uma palavra como o objeto a que se refere. Isso é extremamente útil evolucionariamente. Nossos ancestrais podiam emitir sons e comunicar os outros sobre perigos, como quando alguém avistava um animal feroz. O som nada tinha de parecido com o animal, mas os que ouviam fugiam como se o próprio leão estivesse à vista. Isso possibilitou que muitas pessoas sobrevivessem. Esse foi os primórdios da linguagem.

Hoje, falamos e escrevemos, resolvemos assuntos, registramos acontecimentos, nos comunicamos utilizando essas formas que chamamos de letras e sons, que nada têm a ver com os objetos a que eles se referem. Isso tudo nos é muito útil. Porém, quando temos um treino excessivo de considerar as palavras como realidade, principalmente quando elas se referem a nós e aos nossos comportamentos de dentro da pele (sentimentos, pensamentos, sensações corpóreas e memórias), isso implica outras consequências. Podemos nos sentir mal só de ouvir falar nos nossos "pudins". Podemos, por meio das palavras, lembrar-nos de acontecimentos de anos passados e sofrer. Podemos ouvir falar de situações e nos angustiar. Em todos esses casos, o que está presente são apenas palavras, e não as situações aversivas, mas nós temos reações emocionais da mesma qualidade como se o acontecimento doloroso estivesse ocorrendo naquele momento.

Da mesma forma, quando temos um pensamento, uma sensação, um sentimento ou uma memória, se nosso treino de relacionar um estímulo como se fosse outro for muito forte, relacionamos esses eventos encobertos como se fossem um acontecimento no mundo para fora de nossa pele (corespondente a fatos). Quando brigamos com alguém, podemos ter pensamentos e sentimentos negativos em relação à pessoa. Quando o treino de literalidade é forte, podemos considerar que a pessoa é realmente uma pessoa odiosa, e não que esses sentimentos e pensamentos ocorrem em virtude de alguma ação específica em uma situação específica. Semelhantemente, podemos ter sensações em situações difíceis de que nada vai dar certo, de que a vida é ruim e cinza. Quando o treino de literalidade é forte, nessas circunstâncias, o indivíduo altera todo o seu

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

repertório, como se esses pensamentos e sentimentos fossem um fato, e não produtos de uma situação específica que, eventualmente, passa.

Popularmente falando, o treino exacerbado da literalidade faz com que levemos sentimentos, pensamentos, sensações e memórias muito a sério, e que nos esqueçamos que o evento originador aversivo não é uma sensação, não é um sentimento e muito menos um pensamento. É algo que ficou no tempo, com exceção de circunstâncias em que a pessoa está passando por uma vivência difícil naquele exato momento. Isso de fato é mais raro. Perceba, nas situações de sofrimento, em quais momentos especificamente estava passando pela situação aversiva original. Veja que a situação original é, em geral, curta. No caso do pudim, P passou mal uma vez com o pudim estragado original. A sensação ruim no seu corpo durou por, no máximo, um dia, e em apenas alguns momentos durante esse período houve uma contração abdominal forte. Em todo o resto da história não havia o evento aversivo primordial. E o mais grave é que P deixou de comer alimentos em diversas situações em virtude de evitar esse mal-estar primordial.

Transpondo para outros sofrimentos, um mal-estar ao ver uma cena trágica que dure menos de 5 minutos pode alterar a vida de uma pessoa, como nos casos de estresse pós-traumático. O que a pessoa vivenciará serão pensamentos, sentimentos, sensações e memórias pelo resto da vida, não o evento traumático, mas suas reações emocionais serão da mesma qualidade, a pessoa passará por isso como se estivesse vivendo novamente o trauma, e inúmeras possibilidades de ações se limitarão caso isso permaneça assim.

Esse é um dos motivos pelos quais a ACT propõe tantos treinos de observação de eventos encobertos. Esses exercícios serão descritos nas intervenções, especificamente nas fases de *desfusão* e *momento presente/ mindfulness*. O objetivo é identificar esses comportamentos (sentir e pensar) e observar sua transitividade.

Retomando:

Fusão: considerar palavras, pensamentos, sentimentos, sensações corporais e memórias como se fossem fatos, e não comportamentos em uma dada situação transitória.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

EVITAR

Evitar é a restrição no repertório, a limitação de ações, o que empobrece a vida. Ocorre quando nos deparamos com um estímulo aversivo. Novamente, é extremamente útil e fundamental que façamos algo para nos livrar do que nos é ruim. Porém, quando há um evento aversivo, há na verdade uma classe de eventos que se transformam em aversivos – os que se parecem fisicamente com ele (generalização), os que pertencem a relações de igualdade (estímulos verbais e outros equivalentes) e outros estímulos relacionados.

Nossa cultura também nos ensina que devemos nos sentir bem e evitar nos sentir mal. Parece algo semelhante, e se desenvolveu nas práticas culturais por esse motivo, mas implica outras consequências. Quando passamos por uma situação aversiva, isso gera sensações e sentimentos de mal-estar, raiva, irritação, desgosto, tristeza, desânimo, entre outros sentimentos e sensações que são subprodutos de contingências aversivas. Essas sensações e sentimentos passam a ocorrer quando qualquer estímulo fisicamente semelhante ou relacionado aparecer. Na história do pudim, o mal-estar surge na presença de doces parecidos com pudins, ou que dizem ter gosto parecido, na palavra pudim, além de outros pudins. As próprias sensações e sentimentos passam a ser sentidos como ruins e aversivos por aparecerem sempre acompanhados desses estímulos (pareamento). Assim, evitamos não só os estímulos, mas também sensações e sentimentos. Isso é particularmente danoso. Evitar sensações, sentimentos e pensamentos, isto é, eventos que ocorrem dentro de nossa pele, é o que a ACT chama de *esquiva experiencial* e é a causa dos problemas psicológicos.

Há diversas formas de evitar eventos encobertos (nos esquivarmos de nossas experiências íntimas): distração, negação, alienação, medicação, drogas, alimentos ou consumo em geral, e virtualmente qualquer ação pode ser feita para desviar do sentimento, da sensação ou do pensamento doloroso. Dentre as mais usuais, quando estamos sentindo ou pensando em algo difícil, estão nos esquivar pensando em outra coisa, justificar-se, buscar uma solução pensando em diversas alternativas, fazer outra coisa, comer algo, beber um café, uma cerveja, assistir TV,

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

mexer no celular, fumar um cigarro, tomar um medicamento ou droga. Todos esses comportamentos, em outras circunstâncias, podem ser ações prazerosas que não estejam a serviço de eliminar uma sensação ou sentimento, mas são, em geral, bem comuns como esquiva experiencial. Para identificar as suas próprias esquivas experienciais, basta observar o que você faz no momento em que tem uma sensação, um sentimento ou um pensamento desagradável.

A esquiva experiencial é a fonte dos problemas psicológicos, pois quando nos esquivamos do que sentimos ou pensamos não estamos evitando a situação aversiva original, mas apenas o efeito dela. O efeito de uma situação aversiva é de extrema importância para solucionarmos essa condição. Por exemplo, quando nossa mão está no fogo, sentimos a sensação de queimadura, de calor. Muitas vezes no consultório de psicologia as pessoas dizem que foram até lá para não se sentir mal, não sentir mais ansiedade, medo, tristeza, angústia. É o equivalente à pessoa não querer sentir a queimação. A sensação de queimadura é extremamente importante para tirar a mão do fogo. Se o psicólogo tivesse esse poder – de sumir com sentimentos e sensações –, estaríamos impossibilitando que a pessoa perceba as situações prejudiciais de sua vida. Em outras palavras, sem a sensação de queimadura, a mão do cliente iria tostar.

O que acontece é que, quando evitamos os eventos encobertos, as sensações de mal-estar passam temporariamente e isso é sentido como um alívio. O reforço negativo que ocorre faz com que evitemos esse sentimento ou sensação, porém a situação original problemática continua presente, e eventualmente condições semelhantes produzirão novamente o mal-estar. É irônico, pois temos uma situação-problema que produz uma sensação desagradável (que tem a função de nos lembrar de que algo necessita ser feito), e fugimos da sensação e não do problema. Isso ocorre porque a consequência imediata de alívio, muitas vezes, nos controla mais do que outras ações que terão boas consequências em médio e longo prazo. Eis a questão do *tempo*.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- A esquiva experiencial é a fonte dos problemas psicológicos, pois quando nos esquivamos do que sentimos ou pensamos não estamos evitando a situação aversiva original, mas o efeito dela.
- Esquiva experiencial: na situação-problema, que produz uma sensação desagradável (que tem a função de nos lembrar de que algo necessita ser feito), fugimos da sensação e não do problema.

DAR RAZÃO

Em virtude de sermos afetados mais pelas consequências imediatas e menos pelas de longo prazo, a cultura foi desenvolvendo práticas de esquiva das situações aversivas imediatas. Como geralmente os estímulos aversivos imediatos são os sentimentos, as sensações e os pensamentos, evitá-los passou a ser uma prática. Justificamos dessa forma: "não saí, pois estava triste/não estava me sentindo bem", "briguei porque estava com raiva", "deixei de fazer isso porque estava cansado", etc. Observe que a tristeza, a raiva ou o cansaço não surgiram apenas, eles são produtos de outras situações que os geraram. Essa atribuição de causa para os sentimentos é a prática cultural denominada "dar razão", que propicia a esquiva experiencial.

Quando vemos alguém que nos é querido triste, também nos é aversivo, e novamente reforçamos a prática de nos esquivar do sentimento. Dizemos para a pessoa não ficar assim, a levamos para se distrair, minimizamos a situação, etc. Em todos os casos, estamos lidando com o produto da contingência aversiva, que é a sensação e o sentimento, e não com a condição problemática em si. Estamos querendo eliminar a sensação da queimadura, mas não tirar a mão do fogo. Essa prática aliena o problema original e fatalmente restringe as possibilidades da pessoa, pois ela passa a se esquivar do que sente pensando em outras coisas no lugar de resolver a situação e, contraditoriamente, por não resolver a situação, continuará a se sentir mal, necessitando se esquivar disso novamente. Esse ciclo ocorre porque, para enfrentar as situações

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

problemáticas, o indivíduo terá que permanecer com sensações, sentimentos e pensamentos desagradáveis, e as consequências prazerosas de suas ações serão em médio e longo prazo. A proposta da ACT para tal ciclo é a aceitação desses eventos aversivos que ocorrem dentro da pele e o compromisso com ações guiadas por valores.

Retomando:

- Dar razão é colocar os sentimentos como as causas dos comportamentos.
- Isso faz com que a pessoa se esquive do que sente pensando em vez de resolver a situação e, contraditoriamente, por não resolver a situação, continuará a se sentir mal, necessitando se esquivar disso novamente.

AVALIAR

Avaliar é uma ação de observar dois estímulos, abstrair alguma característica deles e relacioná-las. Esse comportamento complexo é fruto de um vasto treino que ocorre no decorrer da vida, de ficar sob controle de determinada característica dos eventos e atribuir um valor por isto. Em outras palavras, é julgar.

Esse padrão de ação é novamente necessário em nossa vida e é constituído pelas implicações da nossa habilidade em formar classes de estímulos e agir em relação a elas. A desvantagem e o motivo pelo qual essa habilidade nos limita é que, quando somos treinados a relacionar eventos como bons ou ruins, certos ou errados, legais ou chatos, estamos condicionados a ficar sob controle de apenas uma parte do fenômeno e não de suas outras características.

Por exemplo, os sentimentos. Os sentimentos têm diversas características e podem ser pareados com diversas situações, que fazem determinadas características controlarem mais ou menos as respostas do indivíduo. Muitas sensações são fisiologicamente semelhantes, e até sensações análogas, quando avaliadas, podem gerar restrições no repertório. Um caso clássico é a síndrome do pânico. Uma vez tido o ataque do pânico, composto por um conjunto de sensações de medo e desespero,

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

o indivíduo pode desenvolver a síndrome, que é o medo de ter medo. Geralmente, a pessoa passa a evitar lugares e situações semelhantes àquela em que teve o ataque, e é bem comum que muitos que sofrem dessa síndrome terminem reclusos em suas casas quando não tratados. As próprias sensações passam a ser aversivas, por generalização, e sentir algo no corpo vira sinal de que o ataque de pânico pode surgir. Indivíduos nessas circunstâncias costumam tomar remédios para qualquer sensação no corpo e recorrentemente vão ao hospital, pois acham que terão um ataque cardíaco quando sentem uma batida mais forte no coração.

Nesse exemplo de síndrome, o sentimento e a sensação são fortemente avaliados como negativos e indicadores de perigo. As ações do indivíduo são limitadas para fugir, evitar e "tratar" essas sensações. O que acontece é que a batida no coração ou qualquer outra sensação é sentida, observada, e as ações da pessoa ficam sob controle de uma característica específica (batida ou aperto), que foi pareada com o evento aversivo do ataque. A mesma sensação de batimento cardíaco pode controlar, quando não há esse histórico aversivo e o padrão de avaliar, respostas de manifestação de excitamento, e a sensação de medo pode ser considerada um lazer, para aqueles que gostam de filmes de terror, ou um indicativo de que algo desafiador está sendo feito. Isso depende da história com essa sensação ou sentimento e do treino de ficar sob controle de determinadas características.

Outro exemplo é quando uma criança está na escola e faz um desenho. Naquele momento, suas reações emocionais frente ao desenho são positivas. Caso essa criança tenha um treino em sua família de avaliar como melhor ou pior, ela pode olhar para o desenho do lado, comparar e ficar triste com o seu desenho, que é considerado pior do que o do seu amigo. Esse treino de avaliar é feito pela própria família ou pelo ambiente ao qual a criança tem acesso. São cuidadores que constantemente comparam situações, ações e indivíduos: "Olha como o seu irmão fez a lição bem!", "Quero ver você fazer melhor da próxima vez", "Você tirou essa nota, mas quanto o Joãozinho tirou?". O problema é que a criança fica sob controle de algum aspecto formal do desenho que geralmente é avaliado, cria uma sensação aversiva, o próprio desenho vira aversivo, e a criança deixa de prestar atenção nas outras características do próprio desenho

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

que antes lhes eram reforçadoras. As respostas de se esforçar, tirar uma nota boa, fazer um belo desenho são uma esquiva de "ser o pior" e não pelas características reforçadoras positivas das respostas.

Retomando:

- Avaliar: relacionar eventos comparando-os por uma característica específica.
- Não percebe outras características dos eventos.
- Transforma a função de estímulos em aversivos por comparar como melhor ou pior, bom ou ruim, legal ou chato, etc.

Essas são algumas práticas culturais (fusão cognitiva, evitar, dar razão e avaliar) que aumentam o repertório de fuga e esquiva dos eventos de dentro da pele e diminuem as ações que geram reforçadores positivos e que solucionam as situações que produziram os sentimentos e sensações aversivas. Em termos práticos, a pessoa age para se livrar do que sente e pensa, e não porque deseja solucionar o motivo de ter sentimentos e pensamentos considerados ruins.

A seguir, as propostas de intervenção da ACT para diminuir essas respostas de esquiva experiencial e aumentar as ações reforçadoras positivamente, ou ações rumo a valores.

INTERVENÇÃO

Pensando no sofrimento humano, temos uma situação aversiva. Ela faz com que situações semelhantes virem aversivas, estímulos parecidos, faz com que as nossas próprias ações que fizemos na situação sejam sentidas como aversivas, inclusive a própria sensação, sentimento e pensamento, bem como outros estímulos relacionados verbalmente. Então, de um evento aversivo, o que chamamos de sofrimento limpo, ou de primeira ordem ou direto, surge uma série de outros estímulos e respostas que viram aversivos – o sofrimento sujo (ou de segunda ordem, indireto). O sofrimento limpo, da contingência direta, fatalmente irá

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ocorrer na vida. Doença, morte, perdas, decepções. Basta estar vivo para morrer. Porém com o sofrimento sujo, indireto, pode-se fazer algo a respeito. A estratégia da ACT é a seguinte:

1. Treinar *ficar no momento presente*, sob controle das funções diretas dos estímulos e não das adquiridas em contingências passadas. É ver cada doce como único e singular, e não relacionado com o pudim. Esse é o maior desafio do ser humano, olhar para o mundo sem a nuvem das experiências anteriores, é de fato ver as coisas como as visse pela primeira vez, o que é verdade, pois os eventos mudam constantemente, e o novo é sempre presente. Essa é a maior amplitude de repertório, a maior abertura das possibilidades de ação, a maior adaptabilidade que pode existir.

2. Não experimentamos a maravilhosa singularidade da vida pela nossa capacidade de relacionar estímulos, formar classes e relacionar classes. Isso teve sua importância vital em nossa sobrevivência, mas não nos fez seres mais felizes, nos fez a espécie dominante no planeta. Não vivemos no momento presente, pois vira e meche nos deparamos com algum estímulo que contraiu a função aversiva de outras contingências ou relações. Constantemente nos deparamos com um doce parecido com o pudim e deixamos de comê-lo. Eis o sofrimento (sujo), eis a limitação. Veja que o mundo continua lá, o doce não se tornou mais parecido com o pudim estragado, mas nossas reações emocionais serão de aversão, e fugiremos delas nos limitando com o mundo externo à nossa pele. A segunda estratégia será *aceitar* essas reações emocionais (sensações, sentimentos, pensamentos e memórias) frente ao doce, para que não precisemos fugir e possamos fazer outra coisa que não limitar nossa experiência com o mundo.

3. Uma vez libertos da reação automática de esquiva momentânea, podemos escolher e treinar o que queremos fazer, quais doces provar, como degustar. Trata-se de *definir o que é importante para nós e ir atrás*, mesmo que as consequências demorem. Uma vez livres da necessidade de se aliviar momentaneamente das intempéries, podemos construir uma nova vida, com novas formas de nos relacionar, novos objetivos, novas ações e novas consequências. É ilusório que fugir do

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

que sentimos e pensamos irá fazer com que o problema que nos abalou suma. O enfrentamento exige que passemos pelo desconforto para que façamos algo novo que mude de fato nossa condição.

Essas três estratégias principais se decompõem no modelo do hexágono de flexibilidade psicológica (Figura 7.1):

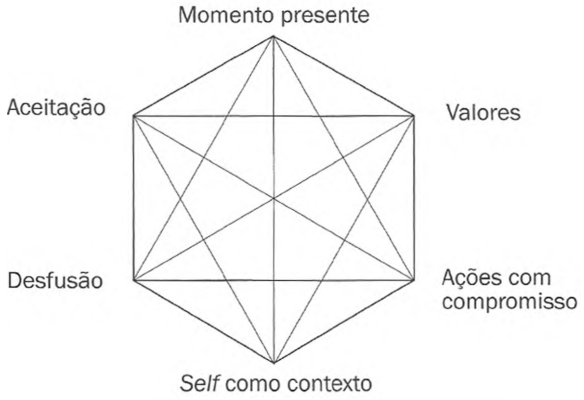


Figura 7.1 Hexágono de flexibilidade psicológica.
Fonte: Hayes, Strosahl, & Wilson (1999/2010).

O eixo do meio diz respeito à primeira estratégia de treinar ficar sob controle do momento presente e como se perceber nesse momento (*Self como contexto*). O lado esquerdo é a segunda estratégia, que implica aceitação do que acontece dentro da nossa pele (*Aceitação*) e como percebemos esses eventos como comportamentos, e não literalmente (*Desfusão*). O lado direito contempla a terceira estratégia de clarificar o que nos é importante (*Valores*) e como ir atrás disso (*Ações com Compromisso*). Essas etapas são uma sumarização dos objetivos terapêuticos. Passaremos por cada uma delas descrevendo seus processos e exemplificando com as intervenções. As linhas do hexágono representam a mobilidade desses objetivos e como o trabalho terapêutico transita por todos eles. A descrição separada de cada objetivo é para fins didáticos, pois na prática trabalhamos o conjunto e focamos determinado objetivo quando este necessita de mais atenção. A ordem de descrição de cada etapa é, em geral, a necessidade de atenção que a maior parte das pessoas que estão em sofrimento e limitadas em suas vidas seguem. Porém, cada

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

caso deve ser analisado individualmente e no contexto apresentado pelo indivíduo na sessão.

O modelo do hexágono e a descrição de cada objetivo que se seguirão são baseados no manual básico da ACT (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999/ 2012).

Geralmente, a terapia começa com duas etapas iniciais introdutórias que não constam no hexágono: a *Desesperança Criativa* e *O Controle é o Problema e não a Solução*.

Retomando:

Os objetivos da ACT são:
- Olhar para o mundo sem a nuvem das experiências anteriores;
- Vivenciar abertamente emoções, sentimentos, pensamentos e memórias;
- Definir o que é importante e ir atrás.

DESESPERANÇA CRIATIVA

O objetivo da *Desesperança Criativa* é a observação das esquivas experienciais. Em outras palavras, é a observação do repertório de esquiva dos eventos de dentro da pele (pensamentos, sentimentos, sensações e memórias) que surgem frente à enorme gama de estímulos transformados em aversivos por nossas experiências anteriores, na frente de todos os pudins, manjares e doces a fins. Essa observação não é um relato, mas uma observação das contingências com as respostas de esquiva, sua consequência imediata de alívio, a posterior ressurgência de estímulos aversivos e a necessidade de esquivar novamente. É desesperança, pois constitui um círculo vicioso em que fugimos do que pensamos e sentimos na hora, mas não resolvemos o problema original causador de sofrimento que envolve enfrentar tais pensamentos, sentimentos e sensações. Essa possibilidade de ação, que é a aceitação, necessita dessa motivação gerada pelo desespero nas antigas formas de agir se esquivando, porque significa enfrentar as sensações, os sentimentos e os pensamentos que usualmente se quer evitar.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

O cliente chega à terapia querendo não mais se sentir ansioso, depressivo, angustiado, triste, raivoso, irritado ou cansado. Para que ele entenda que ironicamente sua vida melhorará quando ele topar sentir-se assim, terá que perceber que fugir dos sentimentos e pensamentos não funciona em médio e longo prazo, apenas momentaneamente.

É uma fase do tratamento aversiva e necessária. É aversiva porque a vida da pessoa está aversiva e não pelo procedimento em si. Por isso é necessário que o terapeuta dê espaço para que a pessoa se veja e se sinta mal com suas esquivas experienciais. Isso é importante também porque valida o que o indivíduo vem sentindo e passando em sua vida. Ele está sendo visto ao mesmo tempo em que está observando sua vida.

Seguimos com uma forma de fazer esse treino de observação dos padrões de esquiva. Muitos outros existem e podem ser utilizados de acordo com cada caso. O fundamental é que não seja uma descrição puramente verbal, em que o cliente apenas discurse sobre o que ele faz, mas sim que retorne à sua experiência e vivencie as contingências. Somente assim o treino de observação ocorrerá, e não apenas reproduzirá o velho discurso "do que acontece comigo".

Quadro 7.2 Exercício de desesperança criativa*

Peça ao cliente que recorde da última vez em que passou por seu problema. Às vezes é interessante que feche os olhos, que se lembre de onde estava, com quem estava, o que estava acontecendo, como estava se sentindo e o que estava pensando. Pergunte como estava se sentindo, o que fez e como se sentiu. Na frente do cliente, escreva em uma folha dispondo o conteúdo em três colunas: na primeira coluna, como se sentiu, na segunda, o que fez e, na terceira, como se sentiu. Repita o sentimento da terceira coluna na primeira em uma segunda linha e repita a pergunta: "o que você faz quando se sente X?". Escreva na coluna do meio. Pergunte: "E como você se sente?" Escreva na terceira coluna. Repita a(s) palavra(s) da terceira coluna na primeira da próxima linha e repita o procedimento. Após a primeira linha, é normal que o cliente já saia da situação aversiva que iniciou o exercício, mas que constitui respostas e estímulos da mesma classe, e é esse mesmo o intuito do exercício, investigar com maior amplitude esse padrão de esquiva. Às vezes, o cliente diz na terceira coluna que se sentiu bem, ou que melhorou, ou que ficou aliviado. Isso significa que a esquiva funcionou em curto prazo. Nesse momento, pergunte: "E depois? O que acontece quando está nessa situação?". O sentimento aversivo retorna, pois a contingência aversiva original não foi

continua

* Disponível em www.sinopsyseditora.com.br/fortctg.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

continuação

mudada. Se de fato o sentimento aversivo não retorna, o cliente não está observando um problema, e o terapeuta diz então que essa questão não é um problema. Geralmente, tal resposta do cliente é uma esquiva, e ele responde "sim", depois a situação se repete e ele tem o sentimento aversivo. Continua-se o exercício.

Fonte: Baseado na vivência feita por Carmen Luciano no XXII encontro da Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental em 2013, Fortaleza/CE.

É extremamente importante que o terapeuta mantenha-se apenas nessas perguntas e não faça outras, pois o cliente provavelmente se engajará no discurso verbal. O que ocorre no exercício é que a pergunta simples evoca os estímulos verbais aversivos e suas sensações (assim o cliente está passando por uma contingência análoga à aversiva e treinando a observação). Por isso, as palavras que o cliente diz devem ser escritas de forma exata, sem utilizar sinônimos ou resumos, pois o que o terapeuta registra não são "palavras", mas exatamente os estímulos verbais aversivos que serão novamente apresentados para evocar novamente uma condição análoga à aversiva.

O exercício é finalizado quando o ciclo começa a se repetir em seus estímulos e quando o cliente demonstra reações emocionais. As reações emocionais são a parcela que podemos observar das respostas eliciadas pelos estímulos verbais. Elas geralmente começam em um grau baixo como tremer os olhos, desviar o olhar, passando para respostas mais evidentes como mudar a expressão, demorar a responder, mexer o corpo, até chegar aos respondentes de maior magnitude como lagrimejar, chorar, ficar vermelho e alterar a voz. Esse é um indício que se pode parar com as sequências de perguntas.

Para finalizar, pergunta-se ao cliente como é ver isso. Nesse momento, mais uma vez treinamos a resposta de observação. Geralmente, o cliente diz que é difícil, às vezes já sabia de algumas coisas, mas que nunca as tinha visto assim, além de ter reações emocionais. Esse é o desespero, que vem junto com perguntas como: "E agora, o que eu faço?" e variações. O terapeuta nunca responde a isso. O cliente está pedindo outra esquiva. Podemos responder: "não sei, o que sei agora é que não é isso que você vem fazendo, porque não está funcionando".

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quando o cliente insiste, coloque na lista: "perguntar para outras pessoas o que fazer", e como o cliente se sente ao fazer isso, continuando o exercício.

Deixe o cliente com esse incômodo de não ter uma resposta por, pelo menos, uma semana. Esta será a operação motivadora e criativa para ele se abrir para a possibilidade dos procedimentos de aceitação. Durante a semana, ele provavelmente observará as esquivas com mais clareza e, possivelmente, relatará nas próximas sessões que se observou fazendo as ações do exercício. Este é o indício de que o treino generalizou-se para fora da sessão e que podemos seguir com o tratamento. Caso isso não ocorra, novos exercícios deverão ser feitos em Desesperança Criativa. Inúmeros exercícios e metáforas se encontram em manuais, e é aconselhado fazer sempre um exercício diferente do outro para trabalhar a variabilidade comportamental. Já com o uso de metáforas é melhor utilizar apenas uma que faça sentido para o cliente. Às vezes, o próprio cliente apresenta sua própria metáfora, que é uma descrição física das relações que ocorrem nas contingências. É uma história que retrata várias situações. Uma metáfora clássica de desesperança é a do "Buraco" (descrita abaixo) achada em diversos manuais.

Retomando

Desesperança Criativa: observação das contingências com as respostas de esquiva experiencial, sua consequência imediata de alívio, a posterior ressurgência de estímulos aversivos e a necessidade de esquivar novamente.

O CONTROLE É O PROBLEMA, NÃO A SOLUÇÃO

Uma vez observadas as ações frente às sensações, aos sentimentos, aos pensamentos e às memórias, o objetivo é esclarecer a função de esquiva dessas ações e os danos que fugir do que acontece dentro da pele geram na vida da pessoa. Busca-se demonstrar também que essas ações de esquiva funcionam momentaneamente, mas não em médio e longo

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

prazo, pois as possíveis contingências aversivas que as geraram, se ainda estiverem presentes na vida do indivíduo, continuam em vigor. Esses objetivos já foram parcialmente alcançados na Desesperança Criativa e o que falta é descrever as variadas esquivas como pertencentes a uma classe de resposta – tentativa de controle das sensações, sentimentos, pensamentos e memórias. Utiliza-se a expressão "tentativas de controle" porque é uma linguagem mais compreensível para o cliente do que "padrão de esquiva experiencial".

Para isso a metáfora é útil. Como no caso da metáfora do "buraco", em que o indivíduo é colocado vendado em um campo com buracos e possui uma mochila com uma pá. Ao começar a andar, fatalmente cai em um buraco e usa sua ferramenta. Cava de um jeito, de outro, mais forte, mais rápido, mas não sai do buraco, pois, afinal, cavar é o que faz os buracos (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999/2012). Nessa metáfora, cavar são as esquivas experienciais.

Ao contar a metáfora, uma vez que a situação em que o cliente está se parece com essa situação, busca-se identificar com os exercícios de Desesperança Criativa as várias formas de "cavar". Estas podem ser aparentemente muito diversas, mas compartilham da mesma função de se esquivar da sensação, do sentimento, do pensamento ou da memória aversiva desencadeada por algum estímulo qualquer do mundo que remeteu a uma condição aversiva, como os doces relacionados ao pudim estragado. Essas ações podem ser desde comer, beber, consumir, uma distração, como mexer no celular, pensar em outra coisa, falar outra coisa, até comportamentos mais extremos como drogas, comportamentos de risco, rituais, alucinações e paranoias.

Em geral, todo o sintoma de psicopatologia, nesta concepção, é uma esquiva. Com clientes menos graves, às vezes a esquiva pode ser bem sutil, representada por uma ação que não se pareça exatamente com uma esquiva ou que não seja uma esquiva em outros contextos. Correr, por exemplo, pode servir como uma esquiva em alguns contextos, e em outros como uma ação com reforço positivo intrínseco à atividade física. Ser agradável, trabalhar com eficiência, ser um bom aluno, ser um bom filho, todos esses conjuntos de ações podem ser esquivas de se sentir rejeitado, desaprovado ou de desamor. São esquivas ao ponto que a pessoa se sente

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

aliviada ao fazer, ao invés de satisfeita. Se a rejeição, a desaprovação ou o desamor realmente surgirem quando ela parar de agir assim, o que pode ocorrer de fato, trata-se de mudanças na vida da pessoa em construir outros tipos de relacionamento ou trabalho que em médio e longo prazo trarão satisfação. Contudo, provavelmente ocorrerão momentos de adaptação que serão doloridos, em virtude dessa finalidade maior.

Uma vez identificada uma gama de esquivas experienciais e nomeada a classe de "cavar", por exemplo, ou controlar emoção e pensamento, o cliente pode relutar com a ideia de que controlar a emoção e os pensamentos seja realmente possível, e é ele que não achou ainda uma forma. Alguns exercícios ajudam a exemplificar a impossibilidade de controlar pensamentos e emoções efetivamente. O exercício "Bolo de Chocolate" é uma forma. Brinque com o cliente. Diga que irá testar a possibilidade de controlar o que pensa. Peça para que ele não pense no que irá falar: "Não pense num bolo de chocolate. Não pense no bolo de chocolate ainda quente saindo do forno. Não pense na calda de brigadeiro macia que transborda pelas bordas do bolo..." (adaptação do exercício "Bolo de Chocolate", Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999/2012). Pode-se utilizar essa mesma brincadeira com outras situações da vida do cliente: "não pense no seu trabalho, no seu chefe, nos relatórios que têm a fazer" ou "não pense no seu marido ou filhos", ou qualquer outro ponto importante em questão.

Quanto a emoções, outra brincadeira seria esta: "levante o braço direito, acene com a mãe esquerda, olhe para o lado, agora sinta raiva em relação a mim, agora sinta paixão por mim". Nessas brincadeiras, quebra-se o mito de que conseguimos controlar os eventos de dentro da nossa pele assim como controlamos os de fora. Não conseguimos porque os estímulos estão dentro de nós, e não podemos sair do nosso corpo, fugindo deles, como podemos fugir de um leão. Como não conseguimos isso, temos ações que limitam o acesso a estímulos externos que possam causar tais pensamentos e sensações desagradáveis dos quais queremos fugir e, assim, inicia-se a limitação e o sofrimento na vida.

Quando o cliente percebe essa diferença e entende que o controle é o problema e não a solução, que significa efetivamente não fugir das sensações, dos sentimentos, dos pensamentos e das memórias, ele está pronto para treinar a aceitação.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- Esquiva experiencial é a tentativa de controle das sensações, dos sentimentos, dos pensamentos e das memórias.
- Não é efetiva, pois como não conseguimos fugir de algo que está dentro de nós, limitamos nossas vidas para não entrar em contato com eventos que ocasionam essas sensações, sentimentos, pensamentos e memórias.

ACEITAÇÃO

Aceitação é uma palavra difícil em tantos níveis que começaremos com sua definição segundo a ACT. Aceitação é a observação dos eventos que ocorrem dentro da pele, é o oposto da esquiva experiencial. Aceitação não é conformismo, não é tolerar, não é aguentar, não é resignação, não é comodismo, não é passividade. É uma ação de observar. Para treinar essa ação, precisamos eliciar as sensações e treinar a resposta de observação, no lugar da esquiva.

A aceitação é o caminho da libertação. Sempre que o cliente não faz aquilo que se propôs em um nível mais profundo – não faz aquilo que realmente quer, não vive como gosta – há uma necessidade do treino de aceitação. Muitas vezes, ouve-se no consultório: "queria começar a academia", "preciso arrumar minha casa", "quero mudar de emprego e não consigo", "queria ter uma relação diferente com minha mulher", "queria ter uma relação mais próxima com meus pais", "queria conseguir fazer minhas coisas e não ficar ritualizando", "queria não perder minha paciência nas situações X, Y ou Z". Geralmente, o terapeuta monta com o cliente diversas ações visando facilitar tais problemas: "matricule-se na academia", "comece arrumando um cômodo da casa", "faça um currículo", "converse e elogie sua mulher", "ligue para seus pais", "faça uma exposição", "vamos analisar os fatores que desengatilham sua raiva".

Quando essas estratégias funcionam, a questão era de ordem prática e de organização. Porém, o que muitas vezes ocorre é que passam as semanas e nada da pessoa fazer o currículo, a matrícula na academia, o elogio, a ligação. Isso acontece porque, na hora em que a pessoa abre o computador para começar a escrever, uma série de pensamentos e emoções de suas ex-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

periências passadas ou relacionadas surgem, e ela vai fazer qualquer outra coisa que não seja montar um currículo. A aceitação trata de treinar permanecer com essas sensações. Esse é o poder da libertação.

Os exercícios que treinam essa habilidade são os que promovem as sensações desagradáveis e treinam a observação dessas sensações e sentimentos. Um exemplo é o exercício dos cartões.

Quadro 7.3 Exercício dos cartões

Recorte pedacinhos de papel para escrever neles uma palavra ou expressão. Peça para a pessoa recordar a última vez que passou pelo problema (feche os olhos e visualize a situação). A pergunta é: "Como você se sentiu na situação?". Escreva a (s) palavra (s) em um cartão e diga: "Como você se sente quando fica X (palavra (s) escrita (s) no cartão)?". Escreva a resposta no cartão e repita a pergunta. Repita o procedimento até a pessoa apresentar respostas emocionais fortes, como no exercício de Desesperança Criativa. Às vezes, a pessoa responde à pergunta dizendo o que fez ou o que pensou. Não importa, escreva no papelzinho e retorne à pergunta: "Como você se sente quando X?".

Quando as reações emocionais estiverem fortes, pergunte: "Como você está se sentindo agora?", ouça a resposta e pergunte: "Você sente isso no seu corpo? Onde?". Novamente, ouça e pergunte se a pessoa pode encostar na parte do corpo, fechar os olhos e, por alguns instantes, apenas sentir isso como está ocorrendo agora. Muitas vezes, a pessoa mal encosta na parte do corpo, como um indício da tentativa de esquiva. Peça para ela encostar mesmo, ou encoste junto ao cliente no local como modelo de uma resposta de aproximação desse estímulo aversivo, a depender da relação que tenha com o cliente. Seja muito gentil e afetuoso ao proceder no exercício, pois será uma experiência dolorida e extremamente importante para o cliente. As qualidades de gentileza e afeição serão o modelo para o cliente lidar com suas sensações e sentimentos.

Ao fechar os olhos e observar a sensação, o terapeuta fica atento novamente aos indícios dos comportamentos respondentes. O objetivo é que o indivíduo passe pela curva do respondente, isto é, a sensação se intensifica, passa por um pico e desce. Em geral, o terapeuta consegue observar que o cliente começa a franzir a testa, os olhos, às vezes treme os olhos e depois há um movimento de relaxamento, que pode ser dos próprios olhos, uma respirada mais profunda, o cair dos ombros. Quando há o relaxamento, é o momento de parar o exercício. Caso o cliente comece a apresentar respondentes e interrompe o processo repentinamente, ele se engajou em alguma resposta de esquiva. Essa fase dos olhos fechados dura de um a dois minutos em média. Caso dure mais, o cliente está alternando entre observar a sensação e emitir pequenas respostas de esquiva. Nas circunstâncias em que o cliente se esquiva, pode-se repetir esta última parte do exercício com a sensação que ele estiver sentindo na hora. É aconselhável que o terapeuta intensi-

continua

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

continuação

fique a afetividade (ficar mais próximo, olhar bem nos olhos, falar com delicadeza), pois possivelmente o cliente precise de um modelo mais evidente dessas ações. Ao finalizar o exercício, veja o que o cliente diz e como ele está. Caso ele não fale espontaneamente, pergunte como foi passar por essa experiência. Geralmente, ele descreve a curva da sensação. Esse é o principal objetivo do exercício e de qualquer outro exercício de aceitação: observar essa curva da sensação.

Fonte: Hayes, Strosahl, & Wilson (1999/2012).

O treino é a experiência de perceber a sensação, deixá-la chegar ao seu pico sem se esquivar e observar ela passar. Toda a sensação passa. Fisiologicamente nosso corpo não aguenta sensações por muito tempo. O próprio ataque de pânico tem uma duração total, em média, de 15 minutos, sendo que o pico dura, no máximo, 5 minutos. Em outras palavras, até em sensações extremas de desespero de morte, naturalmente seu corpo só conseguirá sustentar essa sensação por 5 minutos. As experiências de sofrer por horas, noites e anos não é uma experiência linear. O que acontece é que muitos estímulos do mundo desencadeiam a sensação, e a pessoa esquiva, há um alívio momentâneo e novamente algo elicia a sensação. O ciclo pode durar para sempre.

Quando se "enfrenta" a sensação, isto é, não se esquiva e simplesmente a observa, há uma extinção respondente, a sensação eliciada por esse estímulo fica cada vez mais amena. Não chega a sumir, pois há sempre um estímulo novo e uma contingência nova no mundo, mas o processo como um todo fica mais fluido.

Uma metáfora para conversar com o cliente sobre essa curva é a "montanha-russa" (metáfora elaborada pela autora deste capítulo). Passar pela curva e não se esquivar é andar na montanha-russa. Assim, facilita ao cliente identificar quando ele fez isso ou se esquivou (pediu para parar o carrinho lá em cima). Quando o indivíduo pede para parar o carrinho, esquivando-se, o que acontece com a curva é o mesmo que acontece com uma criança mimada. Quando está no mercado e quer um doce, a criança pede à sua mãe e esta diz não. Então, a criança passa a falar manhosa, a gritar, a chorar e até a espernear no chão. Se a mãe aceita comprar o doce quando a criança esperneia, ela "aprende" que es-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

pernear é a solução. Quando a criança vai outra vez ao mercado, pede o doce à sua mãe e esta diz não, começa desde o início a espernear. Essa é a vivência dos indivíduos que se esquivam das sensações, parece sempre que a sensação surge já esperneando, e a vivência diz que não sobreviverá caso simplesmente permita que a sensação ocorra. Nesses casos, a experiência de passar pela curva, de andar na montanha-russa, é particularmente libertadora, é a experiência que diz que a pessoa não precisa mais lutar e que não irá morrer.

O treino de observar a sensação é, em última análise, o treino de sentir. Novamente, aconselha-se que vários exercícios diferentes sejam utilizados para que o cliente os aplique em diversas situações. O objetivo central de todos os exercícios é andar na montanha-russa.

Retomando:

Aceitação é o treino de perceber a sensação, deixá-la chegar ao seu pico sem se esquivar e observar ela passar, observar a curva das emoções, treinar sentir.

DESFUSÃO

Assim como a aceitação cuida da relação com as sensações e sentimentos, a desfusão cuida dos pensamentos. Tendemos a considerar o que pensamos como algo real, assim como as palavras em relação às coisas a que se referem. Na hora em que alguém grita "fogo", fugimos como se o fogo estivesse lá e, pela nossa experiência, muitas vezes ele está, e por isso que a linguagem funciona. Embora as palavras possam muitas vezes corresponder ao mundo dos acontecimentos, elas são ação. É um comportamento, uma resposta que pode ou não corresponder aos seus referentes. Quando a palavra corresponde ao mundo, chamamos de descrição, tato ou, ainda, que o objeto e as palavras estão em uma classe de estímulos equivalentes. Quando a palavra dita se trata de uma resposta a uma relação, é uma avaliação, um julgamento, um condicionamento ou uma resposta relacional.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Praticamente falando, podemos descrever o mundo ou emitir um julgamento. Um é correspondente à realidade; o outro é uma opinião. Uma metáfora que explica essa diferença é a do "Copo bom, copo mau" (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999/2012). Quando descrevemos um copo, podemos dizer que ele é cilíndrico, de vidro, de padaria, que custa dez reais, etc. Parece que tudo é uma descrição do copo, porém se todas as pessoas sumissem da face da terra, o copo continuaria sendo cilíndrico e de vidro, mas não seria de padaria ou custaria dez reais.

Quando falamos de pensamento, principalmente de pensamentos quando o indivíduo se encontra em uma condição aversiva, ocorre um misto de uma descrição de experiências passadas ruins e um monte de avaliações. O pacote completo parece real, assim como se tivesse falando que o copo é de vidro. O que significa parecer real é que o indivíduo responde ao pensamento como se o fato estivesse acontecendo, e sua probabilidade de se esquivar aumenta drasticamente. Por exemplo, em uma situação de dificuldade com habilidades sociais, os pensamentos são: "o que irei dizer, o que as pessoas vão achar de mim, vão achar que eu sou ridículo, o que estou dizendo não tem importância". A resposta a esses estímulos é ficar quieto e se afastar, como se os estímulos verbais pensados fossem reais. Para a maioria das pessoas, essa sequência de palavras em forma de pensamento é repetitiva nas situações aversivas.

Uma metáfora utilizada é a do "Filme" (metáfora elaborada pela autora deste capítulo): "Parece que sempre que você está nessas situações um filme começa na sua cabeça, e nesse filme diz sempre a mesma coisa, como se o filme fosse sempre o mesmo". Todos nós temos nossos filmes. Basta estar em uma situação difícil e observar o que pensa, geralmente é sempre a mesma sequência. É a mesma sequência porque não se trata de uma descrição da situação que está ocorrendo na hora, mas sim de um encadeamento de respostas verbais, emitidas frente a um estímulo qualquer do mundo que é semelhante ou se relaciona com algum evento aversivo do passado.

O objetivo da Desfusão é observar esses estímulos verbais como o que realmente são: respostas. Popularmente falando, é simplesmente observar o que pensa, sem cair no pensamento, sem comprá-lo, sem acreditar nele.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Um ótimo exercício para esse treino é o "Ônibus" (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999/2012). É especialmente interessante em terapia de grupo, mas também pode ser feito com o terapeuta executando vários papéis de passageiros. O cliente é o motorista, o destino é o que o cliente quer (marque um ponto na sala). Todos os pensamentos que surgem quando a pessoa está nessa situação são os passageiros (feitos por diferentes pessoas do grupo ou pelo terapeuta). Por exemplo, a cliente quer ter uma conversa profunda com sua filha, mas quando se aproxima dela vêm diversos pensamentos ("tenho raiva dela", "ela não fez aquilo para mim", "ela não irá me ouvir", "eu sou uma péssima mãe"). A cliente vai falando os pensamentos, cada integrante do grupo vai assumindo um e se posicionando atrás da cliente como um passageiro. Quando a cliente começa a andar para o seu objetivo (falar com a filha, aproximar-se dela), os passageiros começam a falar os pensamentos, representando o que acontece em sua vivência. Nesse momento, a cliente pode continuar indo rumo ao seu objetivo – e os pensamentos não param de ser pronunciados – ou ela desvia e os passageiros do ônibus se calam, o que representa a esquiva dos pensamentos, mas também o fato de se aproximar de sua filha.

Novamente, trata-se de uma observação dos pensamentos e não deixa de ser uma exposição, assim como a Aceitação para as sensações e sentimentos. Outros exercícios podem ser feitos, sempre com o objetivo de promover o treino de observação do pensamento como pensamento (e não como realidade) e de deixar de emitir respostas de esquiva.

Retomando:

Desfusão é observar os estímulos verbais de dentro da nossa pele (pensamentos) como o que realmente são: respostas. Popularmente falando, é simplesmente observar o que se pensa, sem cair no pensamento, sem comprá-lo, sem acreditar nele.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

MOMENTO PRESENTE

Essa etapa representa a primeira estratégia de intervenção e a mais essencial que é ficar sob controle do momento presente, da contingência em vigor, do mundo como ele se apresenta. O treino dessa etapa é basicamente sensorial. Quando treinamos ficar sob controle dos nossos sentidos – audição, visão, paladar, olfato e tato –, nossas ações são mais controladas pelas funções diretas dos estímulos, e não pelas indiretas, que são as adquiridas nas experiências anteriores ou relacionadas.

Então, para ver o mundo, precisamos observar o que vemos, para ouvir o mundo, o que ouvimos, e assim por diante. Parece uma coisa simples, mas não é. Faça uma experiência simples. Feche os olhos e preste atenção nos sons. Veja como a sua percepção do mundo muda, mesmo que seja por alguns instantes.

O treino de ficar sob controle do momento presente inclui também a percepção do que acontece dentro da nossa pele – nossos pensamentos, sentimentos, sensações e memórias. Esse é um treinamento central, pois quando fazemos exercícios de Desfusão, Aceitação, Desesperança Criativa e todos os outros, estamos treinando a habilidade de observar. Esse é o objetivo dessa fase. Inúmeros exercícios de *mindfulness* existem para treinar: observar cada sentido, observar o fluxo de pensamentos, de sentimentos, sensações corpóreas, respiração, retornar a uma situação específica e observar ações, pensamentos, sensações e sentimentos.

Esse treino é feito de acordo com cada cliente a depender daquilo que a pessoa tem mais dificuldade de observar. É aconselhável começar com exercícios simples para depois complexificar. As pessoas geralmente não têm o hábito de ficar "quietas" observando os eventos, e treinar é fundamental. Os próprios padrões de esquiva ocorrem com muita frequência nos exercícios, como quando estamos observando uma sensação e pensamentos surgem, ou por esquiva e/ou por remeter a algo. O exercício é justamente voltar a atenção para a tarefa de observar a sensação, pois ficar sob controle da sensação o tempo todo do exercício é bem raro e exige muito treino.

A seguir, um exercício de *mindfulness* introdutório como exemplo dessa prática.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quadro 7.4 Exercício de *mindfulness* introdutório*

Feche os olhos, observe os sons (espere alguns segundos). Observe como você está sentado na cadeira, a posição do seu corpo (silêncio novamente por alguns segundos). Preste atenção no seu corpo, nas sensações do seu corpo agora (silêncio). Observe onde você está, ou onde estão essas sensações, como elas são, dê um nome a elas (silêncio). Observe como é sentir essas sensações agora (silêncio). Caso você se pegar pensando em alguma outra coisa, gentilmente volte sua atenção para suas sensações agora (silêncio maior). Aos poucos, despeça-se desse momento com suas sensações. Volte a reparar nos sons (silêncio). Lembre-se da sala onde você está agora e do que tem à sua esquerda. Quando estiver pronto, pode abrir os olhos.

Fonte: Adaptação de exercícios de *mindfulness* de Hayes, Strosahl, & Wilson (1999/2012)

Em geral, a pessoa abre os olhos e se encontra diferente de quando os fechou. Observe o que ela fala espontaneamente sobre a experiência. Caso ela não comente, pergunte como foi. Relatos de que a experiência foi diferente, que está mais relaxada e que teve dificuldade de se concentrar, mas que, em algum momento, conseguiu, são comuns. O que o indivíduo fala depois (que muitas vezes não está relacionado diretamente ao exercício) é geralmente bastante relevante. É o produto do treino de observar, alguma observação que o indivíduo emitiu de forma diferente do que geralmente faz.

A partir de treinos iniciais, o terapeuta seleciona treinos específicos de estímulos e respostas em que o cliente apresente maior dificuldade. Às vezes, podem ser de aspectos sensoriais, às vezes, de pensamentos, sentimentos e sensações.

Retomando:

- Ficar sob controle do momento presente, do mundo como ele se apresenta.
- Treinar observar aspectos sensoriais, pensamentos, sentimentos, sensações corporais e memórias.

* Disponível em www.sinopsyseditora.com.br/fortctg.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

SELF COMO CONTEXTO

Self é a concepção de si. É o estímulo que chamo de "eu". Esse estímulo pode estar em três tipos de classes diferentes:

1. Adjetivos: "eu sou introvertido, tímido, ansioso, legal" – *self* conceitual ou como conteúdo. O estímulo "eu" está em uma relação de igualdade com outras características, o que indica um padrão de comportamento rígido e pouco variado.
2. Ações: "eu fico muito quieto, eu faço advocacia, eu fico roendo unhas" – *self* como processo. O estímulo "eu" está em uma relação de igualdade com ações, respostas. Indica um comportamento de observação um pouco mais amplo, o que promove maiores possibilidades de ações, porém continua restrito a padrões de ações.
3. Observação: "eu tenho pensamentos de que as pessoas pensaram coisas ruins de mim, eu tenho sensações de ansiedade" – *self* como contexto. Indica um repertório de observação amplo e um maior controle das respostas, isto é, não fica sob controle dos pensamentos e sentimentos aversivos que geram o padrão de esquiva, mas emitem a resposta alternativa a da esquiva, que é a resposta de observação, e aumenta a possibilidade de agir de forma diferente e de produzir novas consequências.

Na etapa de *Self como Contexto*, o objetivo é treinar a observação desse estímulo "eu" concomitantemente com as outras respostas do indivíduo. Em termos técnicos, é treinar a relação hierárquica em que o estímulo "eu" contém as ações, abertas ou encobertas (sensações, sentimentos e pensamentos). As ações ocorrem no contexto, no "lugar" do "eu". Em outras palavras, é não se identificar nem com seus pensamentos, sensações ou sentimentos, nem com suas ações, é ser livre para ser, simplesmente. Mais complexo que a teoria e a filosofia é de fato passar por essa experiência, o treino dessa fase constitui-se exatamente disso. Uma metáfora interessante é a do "Tabuleiro de Xadrez" (Quadro 7.5).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quador 7.5 Metáfora do tabuleiro de xadrez

> Parece que o que você passa é como um grande tabuleiro de xadrez. De um lado estão seus pensamentos bons, seus sentimentos bons, suas boas ações - as peças brancas. Do outro, estão suas ações, pensamentos e sentimentos ruins - as peças pretas. Eles ficam em imensas linhas de peças lutando. Porém, nessa história, quem é você? (Espera as respostas.) Você é o tabuleiro que contêm as peças. Para o tabuleiro, não importa quem ganhe o jogo, a guerra. Não importa que as peças brancas ou pretas queiram ir para um lado ou outro, é o tabuleiro que, ao decidir se mover, leva todas as peças consigo.

Fonte: Hayes, Strosahl, & Wilson (1999/2012).

Essa é uma boa forma de introduzir a ideia para então começar o treino. Novamente, existem diversos exercícios de *mindfulness* para isso. Um exemplo introdutório é o mesmo exercício da etapa do Momento Presente, com o acréscimo da seguinte instrução após cada vez em que pedir para prestar atenção em algo ou observar algo: "observe quem percebe/observa isso/que há uma parte de você que observa isso/uma parte de você que você chama de 'você'".

O treino de observar o *Self como Contexto* pode ser colocado dessa forma, como descrito acima, em qualquer exercício de *mindfulness* de qualquer evento que for observado. Esse é o treino de observar o estímulo "eu" e relacioná-lo hierarquicamente com as outras ações e estímulos.

Retomando:

- *Self* é a concepção de si.
- Tipos de *self*: *self* conceitual ou como conteúdo (adjetivos), *self* como processo (ações) e *self* como contexto (observação).
- *Self* como contexto é não se identificar nem com seus pensamentos, sensações ou sentimentos, nem com suas ações, é ser livre para ser, simplesmente.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

VALORES

Uma vez que o cliente esteja craque em observação, esteja vendo o mundo como ele se apresenta e observando os pensamentos, sensações e sentimentos aversivos que surgem como ressaca de sua história, sem precisar responder a eles se esquivando, está na hora de utilizar a linguagem a nosso favor. Se nossa capacidade de relacionar estímulos, materializada na linguagem, impregna tantos estímulos no mundo que disparam pensamentos e reações emocionais aversivas e o padrão de esquiva experiencial, ela também será nosso instrumento para identificar o que nos é importante e fortificar nossas ações nessa direção. É um costume da natureza colocar o veneno e o antídoto no mesmo lugar.

A estratégia técnica é a seguinte: pegaremos a classe de estímulos reforçadores positivos mais central na vida do indivíduo e abstrairemos características definidoras dessa classe. Essas abstrações são construções verbais chamadas de valores. Uma vez identificadas essas abstrações, treinaremos a emissão de respostas que produzam em médio e longo prazo os reforçadores positivos, mas que contenham também a abstração da classe do reforçador, tornando a própria resposta um reforço intrínseco.

Traduzindo, na etapa dos valores buscaremos o que é importante para a pessoa, e isso definirá os *objetivos*. A forma como o indivíduo quer ser nessas situações nós chamaremos de *valores*. Por exemplo, ter um relacionamento amoroso pode ser algo importante. Porém, ter um relacionamento amoroso é um objetivo, como a pessoa quer ser nesse relacionamento é o valor. Dentre as possíveis respostas estão: ser amoroso e amado, ser íntimo, ser afetuoso, ser respeitador e respeitado, etc. Observe que, se o valor é ser amoroso e amado (construção verbal, abstração/característica de uma série de reforços positivos), ter um relacionamento é um objetivo (ter um contato dessa forma com alguém é o reforço positivo), e as ações podem ser virtualmente todas do indivíduo. O indivíduo pode cumprimentar as pessoas amorosamente, falar amorosamente, olhar para os outros amorosamente, trabalhar amorosamente, relacionar-se com as pessoas em geral amorosamente. Em médio e longo prazo, essas ações aumentarão a probabilidade de a pessoa ter um relacionamento amoroso, e as próprias ações serão prazerosas para o indivíduo.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Observe que muitas pessoas podem dizer que querem ser amadas. O valor sempre é algo do indivíduo e não de alguém de fora. Assim, transforme sempre aquilo que o indivíduo quer em uma característica da sua própria ação – ser amoroso ou amável. Existem listas de valores que podem ser usadas para que o cliente escolha aquelas que ele se identifica mais, quais faltam na sua vida e quais estão mais presentes. Essas listas são especialmente úteis quando há uma confusão do que seria um objetivo (ser amado/situação) e um valor (ser amável/amoroso/característica da ação).

Uma metáfora dessa etapa é a do "Funeral" (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999/2012) e suas variações. Pode ser feita em uma conversa ou fechando os olhos e se imaginando em seu próprio funeral, o que gostaria que as pessoas lembrassem sobre você, o que gostaria que estivesse escrito em sua lápide. Uma variação desse tema é imaginar que teria apenas um curto tempo de vida, uma semana, um mês. O que faria, como e com quem.

Outra forma de identificar valores é remetendo às situações em que o cliente pensou nos exercícios de Desesperança Criativa, Aceitação e Desfusão. Tudo aquilo que gera sofrimento é indicativo de que algo importante encontra-se na situação. Apenas pensar em um problema que teve recentemente e perguntar: "O que é importante para você nessa situação?" já leva a um valor do indivíduo. Geralmente, a Aceitação e o Valor são dois lados de uma moeda, e não dá para ficar somente com um deles e abandonar o outro. Isso significa que, para viver da forma como nos é importante, teremos que aceitar as emoções, os sentimentos, os pensamentos e as memórias que surgirão no trajeto.

Retomando a história do pudim, para provar os doces da vida novamente, sempre que se deparar com um doce branco, ou mole, ou de coco, ou o que for, P ficará enjoada, sentimentos de repulsa ocorrerão, pensamentos de dúvida, bem como a memória do trágico encontro com o pudim estragado, tudo virá a tona. Isso será justamente o sinal de que chegou o momento de agir de acordo com o valor – ser audaciosa, ser desfrutadora dos doces da vida. Se a aceitação não foi suficientemente treinada, P irá se esquivar do que está acontecendo dentro da sua pele e perderá novamente uma oportunidade de provar algo diferente. Se P aceitar suas emoções e pensamentos, conseguirá romper com o ciclo, e essa é a porta para uma nova vida.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- **Valor:** como o indivíduo quer ser.
- **Objetivo:** alguma situação específica em que o indivíduo é da forma que quer ser.

AÇÕES COM COMPROMISSO

Ao ficar claro para o cliente como ele quer ser, seguimos com a montagem de um plano de ações. Os planos de ações devem ser propostos pelo próprio cliente. O terapeuta auxilia apenas na condução da montagem. Uma forma didática de fazer um plano de ação é pedir ao cliente que escreva em um papel os seus valores, em uma coluna à esquerda. Na próxima coluna, que ele escreva quais são os objetivos para cada um desses valores. Na coluna seguinte, quais são as ações e, por último, quais são as barreiras que irá enfrentar.

Alguns cuidados são importantes ao montar um plano de ação:

1) O próprio cliente deve fazê-lo, a escolha das ações e os objetivos são dele.

2) O terapeuta deve ficar atento se os valores não são objetivos, isto é, se na coluna dos valores o indivíduo não está escrevendo o que ele quer (objetivo) e sim como ele quer ser (valor).

3) Na coluna dos objetivos, verificar se eles estão relacionados com os valores ou se são esquivas experienciais disfarçadas. Em um valor de ser aprendiz/aprender coisas, o cliente pode colocar como objetivo passar em uma prova. Contudo, ao perguntar "Por que isso é importante para você?", o cliente pode dizer que ele "precisa passar para se formar", "pois será reconhecido pelos pares e pelos professores", ou até mesmo "não sofrer represálias". Neste caso, não são objetivos, mas sim esquivas por se sentir fracassado, excluído e com medo. Um objetivo de ser aprendiz poderia ser tornar-se um bom profissional, formar-se e até mesmo passar na prova, caso isso seja importante por demonstrar que ele aprendeu o conteúdo.

4) As ações e os objetivos têm que ser compatíveis com as habilidades e possibilidades do cliente. Às vezes, é necessário treinar uma

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

habilidade; em muitas outras, temos que dividir um objetivo ou uma ação em outras menores que sejam praticáveis pela pessoa. Se o objetivo é perder dois quilos no mês, e a ação é ir à academia, a depender do que a pessoa está acostumada a fazer, é interessante baixar o objetivo para um quilo e fazer a inscrição na academia como ação. Nesse momento, o terapeuta propõe ao cliente que faça da terapia o lugar para promover essas mudanças que transformam o cliente como ele quer ser. É como fazer um novo contrato de trabalho com esse foco.

5) É de extrema importância abrir espaço para as reações emocionais do cliente nessa fase do processo. O cliente está sentindo enjoos e comendo pudins na vida dele. Muitas vezes, exercícios de Aceitação e Desfusão são necessários nesses momentos.

Quando o indivíduo de fato age de acordo com os seus valores, com o que é verdadeiramente importante para ele, significa que ele se depara com situações semelhantes às que lhe geraram sofrimento, observa e sente suas emoções, ouve em sua cabeça uma série de pensamentos pessimistas e relutantes e age, não para fugir do que existe dentro dele, mas porque agir é importante para ele, agir lhe dá satisfação pela graça de agir e por construir algo diferente. Em um relacionamento familiar, por exemplo, o "agir" é se encontrar com o familiar, sentir raiva, medo, angústia, pensar em todas as coisas que ele fez e disse que lhe chatearam, perceber essas emoções como um momento para agir diferente e fazer nem que seja uma pequena ação, como abraçar. Essa seria uma vida dirigida pelo valor de ser amoroso.

A terapia se encerra quando o indivíduo está espontaneamente fazendo seus planos e agindo em sua vida de acordo com os seus valores. Essa mudança não precisa ser total, pois se trata de um trabalho de uma vida. Viver de acordo com os valores nunca se cessa, não há como dizer que já realizou "ser amoroso". Podemos passar a vida sendo amorosos que não há como se esgotar. A terapia vai até o indivíduo estar autônomo em sua busca. Isso pode ser observado quando ele naturalmente se propõe e age de acordo com os seus valores.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- **Ações com compromisso:** plano de ações em direção aos valores.
- Após identificar os valores, eleger objetivos e, depois, as ações compatíveis com as habilidades do cliente (se necessário, treinar).
- Abrir espaço para as reações emocionais do percurso.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRÁTICA DO TERAPEUTA ACT

O terapeuta ACT tem que passar por todos os processos que seu cliente passará. Não é possível, pelo caráter prático das intervenções, que o terapeuta não tenha passado em sua pele pelos exercícios que propõe aos clientes. Somente assim o terapeuta será sensível às mudanças do cliente, terá a delicadeza de conduzir os processos e conseguirá reconhecer as mudanças.

O cliente, muitas vezes, estará em sofrimento durante a sessão e os exercícios, o que é extremamente necessário para treinar as habilidades de aceitação (no lugar das esquivas experienciais). Se o terapeuta não trabalhar em sua própria aceitação do que sente ao ver o cliente assim, provavelmente emitirá uma esquiva experiencial, como começar a falar dando explicações, propor outros exercícios, fazer comentários desnecessários, ou qualquer outra ação que não seja estar no momento presente com o seu cliente, dando o modelo de como afetuosamente observar suas emoções.

Esse é um convite aos terapeutas. Terapeuta também é gente. As mudanças que a Aceitação e o Compromisso com os Valores promovem em nossas vidas são preciosas. Poder trabalhar com isso e ser íntegro em nossa atuação é uma verdadeira benção.

Retomando:

O terapeuta ACT tem que passar por todos os processos que seu cliente passará.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ACT é uma terapia comportamental que compreende as ações como presentes e em relação ao seu contexto (contextualismo funcional). Seu modelo de psicopatologia é a esquiva experiencial. O sofrimento existe por uma restrição, uma limitação das ações do indivíduo que fica preso em tentar se esquivar do que pensa e sente. Isso ocorre porque existem alguns contextos em que somos treinados de que o problema está em nossos sentimentos e pensamentos, que eles devem ser eliminados, e não de que o problema em si gerou tais pensamentos e sentimentos. Esses contextos são a fusão cognitiva, evitar, avaliar e dar razão. Em outras palavras, considerar as palavras como uma realidade, evitar pensamentos, sentimentos, sensações e memórias, julgar e considerar os sentimentos e pensamentos como causas de nossas ações.

A ACT propõe os objetivos terapêuticos descritos no Quadro 7.6.

Quadro 7.6 Objetivos terapêuticos da ACT*

- Identificar os padrões de esquiva experiencial e observar que eles só funcionam em curto prazo e restringem a vida (desesperança criativa).
- Constatar que a tentativa de controle de pensamentos, sentimentos, sensações e memórias não é efetiva, pois não resolve o problema original, apenas anestesia momentaneamente o desconforto (o controle é o problema, não a solução).
- Observar e aprender a sentir a curva de emoções (aceitação).
- Observar as respostas verbais pensamentos sem considerá-las verdades e agir em função delas (desfusão).
- Entrar em contato com o momento presente (momento presente).
- Perceber-se como o lugar onde as ações, os pensamentos e os sentimentos ocorrem (*self* como contexto).
- Identificar como o indivíduo quer ser e o que é importante para ele (valores).
- Agir em direção aos valores (ações com compromisso).

Esses objetivos envolvem construir uma vida de acordo com a forma como queremos ser e com o que é importante para nós. Nossos sentimentos, aqueles que consideramos os piores, são preciosos alertas que precisamos para saber exatamente o momento de agir de forma íntegra com a maneira como valorizamos ser, no lugar de nossos velhos

* Disponível em www.sinopsyseditora.com.br/fortctg.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

padrões de esquiva. Para isso, precisamos saber sentir e observar nossos pensamentos e memórias e, progressivamente, fortalecer novos padrões de comportamento coerentes com a vida que queremos viver.

REFERÊNCIAS

Hayes, S., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory*: A post-skinnerian account of human language and cognition. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (1999/2012) *Acceptance and commitment therapy*: An experiential approach to behavior change. Estados Unidos: The Guilford Press.

Hayes, S. (2006). Entrevista na revista *Veja*, edição 1945. Retirado do site: http://contextualscience.org/entrevista_na_revista_veja_com_steven_hayes_brasil, 28 de fevereiro de 2015.

Johnston, J. M. & Pennypacker, H. S. (1993). *Strategies and tactics of behavioral research*. New Jersey: Lawrence Erbaum Associates.

Pepper, S. (1942). *World hypotheses*: A study in evidence. Berkeley: University of California Press.

Saban, M. (2008). *Uma leitura behaviorista radical da terapia de aceitação e compromisso*. Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica, São Paulo. 136 p.

Sidman, M. (2003). *Coerção e suas implicações*. São Paulo: Editora Livro Pleno.

Skinner, B. (2007). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

8 Aplicabilidades da Terapia de Aceitação e Compromisso

Vitor Friary

Os problemas mais significativos que temos não podem ser resolvidos através do mesmo nível de pensamento de quando eles foram gerados.

Albert Einstein

A Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT) é uma terapia comportamental que objetiva reduzir o sofrimento humano, utilizando-se tanto de processos de aceitação e *mindfulness* quanto de processos de mudança do comportamento. Essa terapia tem em sua base o compromisso de agir nas diferentes áreas consideradas importantes na vida do indivíduo acrescentando o conhecimento dos Capítulos 6, 7 e 9 deste livro. Nas últimas duas décadas, a ACT tem obtido uma crescente popularidade entre terapeutas, psicólogos e psiquiatras de todas as partes do mundo. Neste capítulo, iremos primeiramente apresentar uma breve introdução sobre a ACT mencionando áreas nas quais ela tem sido aplicada; posteriormente, apresentaremos em maior detalhe o entendimento e a aplicação da ACT em problemáticas específicas, como a depressão e os transtornos de ansiedade; e, por fim, faremos uma explanação geral sobre estudos que aplicaram a ACT em diferentes contextos.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

FUNDAMENTOS DA ACT

O objetivo da ACT é promover um espaço terapêutico onde os clientes são convidados, através de intervenções experienciais, a entrar em contato com uma variedade de experiências internas, tais como pensamentos difíceis, sentimentos desagradáveis, crenças e sensações físicas do corpo. Paralelamente a esse processo, a ACT objetiva ainda assistir as pessoas na identificação de áreas em suas vidas que sejam consideradas importantes, isto é, valorizadas. Isso possibilita um movimento significativo nessas direções e, por consequência, a expansão do repertório comportamental, o que acarreta uma melhoria na qualidade de vida. A ACT propõe a aceitação de experiências privadas, as quais os clientes processam de forma automática como ameaçadoras, e o reconhecimento de que o controle dessas experiências desagradáveis tem resultados contraprodutivos em longo prazo e evitam que as pessoas se envolvam em ações valorizadas (Friary & Farag, 2013).

O trabalho terapêutico da ACT pode ser dividido em dois princípios fundamentais: (1) tornar claro para o indivíduo áreas valorizadas em sua vida e promover ações que estejam de acordo com tais direções valorizadas; e (2) promover a habilidade de desfusão como um meio de se manter envolvido com ações valorizadas, principalmente quando experiências privadas ameaçadoras estiverem presentes. Os seis processos da ACT – contato com o presente momento, aceitação e disposição à experiência, desfusão cognitiva, *self* como contexto, valores e ações de compromisso – são trabalhados com o intuito de estabelecer *flexibilidade psicológica*. Isso se dá através de um equilíbrio entre estratégias de mudança comportamental – nas áreas em que as mudanças são possíveis ou necessárias, como nos comportamentos observáveis – e de aceitação e *mindfulness* – nas áreas em que as mudanças não são possíveis ou necessárias, como nos pensamentos, sentimentos e em outras experiências mentais (Friary & Farag, 2013).

A teoria da ACT postula que *inflexibilidade psicológica* gera psicopatologia, enquanto a criação de uma *flexibilidade psicológica* mais ampla, por meio da aplicação dos processos da ACT, reduz a psicopatologia (Hayes et al., 2006). Hayes et al. (2006) observam que "a compreensão dos processos de mudança não são importantes, a menos que haja mudança

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

desde o início". O modelo da ACT tem sido utilizado em uma variedade de problemas psicológicos e avaliado como eficaz na produção de mudanças significativas e na qualidade de vida dos indivíduos que se submetem ao tratamento.

A ACT vem sendo aplicada em diversas áreas da psicologia clínica, incluindo os tratamentos de Depressão (Zettle, 2003), Fobia Social (Block & Wulfert, 2000), Estresse Ocupacional (Bond & Bounce, 2000), Abuso de Substâncias (Hayes et al., 1996), Agorafobia (Levitt, Brown, Orsillo, & Barlow, 2004), Esquizofrenia (Bach & Hayes, 2002), Transtorno de Personalidade *Borderline* (Gratz & Gunderson, 2006), Dor Crônica (Dahl et al., 2004) e Tricolotomania (Wood, Wetterneck, & Flessner, 2006).

Retomando:

- O objetivo da ACT é o desenvolvimento de flexibilidade psicológica.
- A ACT é uma terapia que utiliza processos de *mindfulness* para o contato e a aceitação de experiências difíceis e para a ativação do comportamento guiada por valores.
- Inflexibilidade psicológica, segundo a ACT, está diretamente ligada à psicopatologia.
- A ACT é uma terapia baseada em evidências e vem sendo aplicada em um número vasto de áreas da psicologia da saúde e clínica.

A seguir, falaremos do entendimento e da prática clínica da ACT para o tratamento da depressão.

A ACT NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

A posição mais comum e convencional da depressão é uma visão sintomática, que se ocupa com os sintomas da depressão que os pacientes relatam assim como se preocupa com estratégias para alterar a forma, a frequência ou a sensibilidade situacional desses sintomas, como reduzir pensamentos negativos e melhorar o humor do paciente. A ACT se posiciona de maneira diversa a esse modelo e adota uma postura funcional com relação à depressão, propondo-se a examinar as rela-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ções contextuais existentes entre o humor, os pensamentos e o comportamento do indivíduo e como essas relações reduzem a habilidade do indivíduo de viver uma vida com sentido (Zettle & Hayes, 2002).

Em outras palavras, a ACT vê a depressão como uma consequência das tentativas do indivíduo de evitar, de escapar das experiências internas negativas, devido à sua incapacidade e/ou inabilidade de viver uma vida suficientemente com sentido. O modelo da ACT para o tratamento da depressão se baseia em quatro tendências que o indivíduo estabelece de forma rígida, sintetizadas pelo acrônimo **FEAR** (**F**= *Fusion with your thoughts*, **E**= *Evaluation of Experience*, **A**= *Avoidance of your Experience*, **R**= *Reason-giving for your behavior*) criado por Zettle (2007), que em português significa: **F**usão com os pensamentos, **E**vitação da experiência, **A**valiação da experiência e **R**acionalização (dar razões para o comportamento). A palavra *fear* significa *medo* em inglês, que é a tônica que rege o comportamento desses indivíduos. A seguir, definiremos cada uma dessas tendências.

Retomando:

- A ACT, diferentemente das tradicionais abordagens terapêuticas, não objetiva ajudar pacientes depressivos a reduzir pensamentos negativos ou experiências relacionadas ao humor depressivo.
- Para a ACT, é importante examinar as relações contextuais entre humor, pensamentos e comportamentos, e o quanto isso afeta a atuação do indivíduo em áreas valorizadas de sua vida.
- São quatro as tendências rígidas que o paciente com depressão geralmente adota e que não lhe ajudam: fusão com pensamentos, evitação e avaliação de experiências e racionalização (dar razões para o comportamento).

COMPREENDENDO O ACRÔNIMO FEAR

Fusão com pensamentos depressivos

A *fusão* ou *fusão cognitiva* ocorre quando o indivíduo experiencia seus pensamentos de forma literal, isto é, quando o que ele pensa é sentido como se fosse literalmente verdade (Hayes et al., 2006). Por exemplo, se

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

um paciente com depressão tivesse o seguinte pensamento: "Eu não consigo sair da cama hoje porque estou muito deprimido", a fusão com o pensamento se dá quando o indivíduo leva ao pé da letra o significado literal do pensamento e prossegue com as implicações dessa crença. Outro exemplo é "Nada do que eu faço dá certo, sou um fracasso", a pessoa está vivenciando seu pensamento em um estado de fusão cognitiva. Ela percebe esse pensamento como uma verdade irrefutável, acreditando que realmente é uma pessoa fracassada, ao invés de apenas reconhecer que, em determinado momento, ela está tendo o pensamento que diz: "Eu sou um fracasso".

A fusão com pensamentos depressivos geralmente ocorre nos três níveis da tríade cognitiva da Teoria Cognitiva de Beck (1976), isto é, no nível do eu (como o indivíduo se vê), no nível do mundo (como ele vê as pessoas e o mundo ao seu redor) e no nível do futuro (pensamentos sobre o seu futuro). Por exemplo, ele possivelmente pode se fundir com pensamentos do tipo "Eu não tenho valor" (*eu* ou *self*), "As pessoas nunca vão saber reconhecer o meu trabalho" (mundo), e pensamentos do tipo "As coisas nunca vão melhorar, eu sempre me sentirei assim" (futuro). De forma resumida, sob uma perspectiva da ACT, muitas das dificuldades que as pessoas enfrentam quando estão em um quadro depressivo clínico ocorrem a partir de seu foco rígido no conteúdo dos pensamentos depressivos. Além disso, a ACT propõe que o indivíduo opte por exercer o papel de um observador dos processos que levam à geração de tais pensamentos (Zettle, 2007).

Retomando:

- A fusão com pensamentos se dá a partir do momento em que o indivíduo experiencia seus pensamentos de forma literal e os assume como verdades absolutas.
- Essa fusão ocorre em três níveis: a nível do eu (crenças acerca de si mesmo), a nível do mundo (crenças acerca das pessoas e acerca do mundo) e a nível do futuro (pensamentos sobre o futuro).
- O foco rígido no conteúdo dos pensamentos depressivos facilita a manutenção do quadro depressivo.
- A ACT recomenda que o indivíduo exerça o papel de observador dos processos que levam à geração de tais pensamentos.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Avaliação e Autodepreciação

Através da linguagem, o ser humano é capaz de avaliar, categorizar e depreciar todas as suas experiências e eventos que ocorrem. Aprendemos desde a infância a colocar rótulos verbais a uma coleção de pensamentos, sentimentos e sensações físicas, ao ponto em que elas passam a ser experiências que chamamos de "ansiedade" e "tristeza", por exemplo. Esse processo é contínuo até que as características ainda mais sutis dessas experiências possam ser avaliadas ou rotuladas, como é o caso do aumento do batimento cardíaco ou um pensamento particular (Hayes et al., 2006). Esse processo de *depreciação* e *avaliação* é um problema, porque nós, humanos, podemos facilmente avaliar qualquer coisa como negativa, incluindo experiências internas e privadas. Consequentemente, podemos seguir avaliando e lutando contra essas experiências internas do mesmo modo que lutamos com eventos desagradáveis, ou até mesmo com pessoas desagradáveis, externamente.

A ACT propõe lidar com esse problema não por meio da modificação dessas avaliações como, por exemplo, através de questionamentos sobre a verdade ou não dessas avaliações. O terapeuta ACT objetiva estimular um ambiente terapêutico, onde os pacientes tenham a oportunidade de modificar sua relação com essas avaliações, o que na prática sugere o ato de simplesmente identificá-las como "avaliações", ao invés de serem fatos irrefutáveis, autoritários e prescritos. Zettle (2007) observa que a depressão pode resultar da luta que o indivíduo trava na tentativa de "se sentir da maneira certa". Nesse modo de operar, a tristeza ou depressão que o indivíduo sente são avaliadas como "ruins" e "erradas" e, portanto, ele se comporta de modo a evitar sentir-se de tal forma. Esse modo de reagir a essas experiências gera o que se denomina no modelo da ACT como *evitação* ou *esquiva experiencial*, que é o oposto de manter uma posição de um observador dessas experiências pessoais e internas ou de perceber o *eu* como um simples veículo para os pensamentos e sentimentos.

A combinação dessa tendência do indivíduo em avaliar suas experiências como negativas, em adição à tendência à fusão cognitiva de pensamentos acerca do eu, do mundo e do futuro, contribuem para o

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

que a ACT denomina de *apego a uma visão conceitual negativa do Eu*, do Mundo e do Futuro (Hayes et al., 1999). Zettle (2007) ainda sugere que a fusão com esses repetitivos padrões de pensamentos autodepreciativos (e. g., "Não consigo fazer nada bem, sou um nada") cria não somente a visão de um futuro desesperançoso onde a vida não faz sentido, mas também a visão conceitual de si mesmo que eles não conseguem viver, e onde a morte é vista como a única forma de escapar. Com isso, Zettle (2007) se refere ao processo de como a avaliação e a fusão cognitiva podem facilitar o surgimento de pensamentos e comportamentos suicidas, uma vez que o indivíduo tenta "matar" essa visão danificada de si mesmo e escapar da experiência de dor que está vivendo.

Retomando:

- A tendência da mente humana em avaliar, categorizar e depreciar todas as experiências e eventos que ocorrem é um dos problemas centrais na manutenção da depressão.
- A luta que o paciente depressivo trava contra as suas experiências internas e privadas o impede de seguir de forma aberta na direção de valores. Ao contrário de abordagens terapêuticas tradicionais, a ACT não ajuda o paciente depressivo a questionar a verdade ou não de suas avaliações.
- A ACT objetiva ajudar o paciente a se relacionar de forma diferente com essas avaliações e crenças sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre o futuro; como um observador e não como um ator.

Evitação

A ACT considera que a *esquiva experiencial* inclui tanto a evitação como as tentativas de fuga de experiências internas indesejáveis (Hayes et al., 1999). Entretanto, as tentativas de fuga das experiências percebidas como indesejáveis aparentam ter um papel mais central na depressão (Zettle, 2007). Zettle considera que os sintomas da depressão como a anedonia e o sentimento de "vazio" funcionam como estratégias para fugir das emoções mais fortes e desagradáveis. Considera-se que os padrões de comportamento associados com a depressão, como o isolamento social, a perda de energia e a atenção negativa fo-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

cada no *eu*, possuem o objetivo de fugir de experiências. Isso significa que, quanto mais depressiva a pessoa se torna, mais difícil é o foco nos problemas reais que causam o transtorno emocional, e menos se espera desses indivíduos em termos de seu repertório comportamental. Em geral, pacientes apresentando um quadro de depressão clínica estão reagindo a eventos negativos que eles já experienciaram no passado e que continuam experienciando, mesmo que somente pela via da recordação (Zettle, 2007).

Zettle e Hayes (2007) sugerem ainda que a depressão em particular está associada com a supressão de pensamentos, com táticas de evitação (como formas de enfrentamento de experiências) e com a racionalização, que são formas de esquiva experiencial. Tull, Gratz, Salters e Romer (2004) relatam que a esquiva experiencial, quando medida através do Questionário de Aceitação e Ação (AAQ; Hayes, Strohsahl, Wilson et al., 2004; ver Capítulo 10 deste livro para saber mais sobre instrumentos que avaliam construtos da ACT), está associada com sintomas de depressão, ansiedade e somatização em indivíduos que passaram por múltiplos eventos traumáticos. Em um estudo de Tull e Gratz (2008), evidenciou-se que a esquiva experiencial (também medida pelo AAQ) mediava a severidade da depressão em indivíduos, além de ser um processo mais relevante no desenvolvimento e na manutenção de sintomas de depressão do que as dificuldades que surgem quando os indivíduos se engajam em comportamentos focados em objetivos.

Em outro estudo, publicado em 2006, pacientes com depressão clínica, quando instruídos a serem mais abertos às suas emoções, exibiram menor afeto negativo e uma redução em batimentos cardíacos quando expostos a um filme provocador de emoções fortes, em comparação a sujeitos instruídos a suprimir suas emoções (Campbell-Sills, Barlow, Barlow, & Hoffmann, 2006). As pesquisas acerca da supressão de pensamentos (a forma mais comum de esquiva experiencial) nos indicam que, apesar de ser um método comumente utilizado para lidar com pensamentos indesejáveis, suprimir pensamentos depressivos pode, na verdade, aumentar a frequência dos mesmos (Brewin, Watson, McCarthy, Hyman, & Dayson, 1998; Wenzlaff & Eisenberg, 2001).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- A *esquiva experiencial* se refere à tendência do indivíduo em evitar ou fugir de experiências internas indesejáveis e exerce um papel central na manutenção da depressão.
- O repertório comportamental de pacientes com depressão tem como foco estratégias que o auxiliam a fugir de experiências mais fortes e desagradáveis do que as reportadas inicialmente.
- Quanto mais depressivo o paciente está, maior é a sua dificuldade de entrar em contato com experiências difíceis, e maior é a sua evitação.
- A supressão de pensamentos, algumas formas de enfrentamento de experiências e a racionalização e justificativas de comportamentos de evitação são todas formas de *esquiva experiencial*.
- A supressão de pensamentos pode, ainda, aumentar a frequência de pensamentos negativos.

Racionalização e ruminação

No acrônimo FEAR, o "R" se refere ao impacto que a *racionalização* e a *ruminação* têm na depressão e ao papel que esses dois processos exercem na manutenção da depressão. Vejamos inicialmente a racionalização.

Socialmente aprendemos que pensamentos e sentimentos são razões aceitáveis para nossos comportamentos e, por isso, as pessoas *racionalizam* que a causa de sua depressão são os seus pensamentos e sentimentos. Entretanto, quanto maior é a crença das pessoas de que as "razões" para os seus comportamentos são consequências de seus sentimentos e pensamentos negativos, maior é a resignação dessas pessoas em se comportarem de acordo com esses pensamentos e sentimentos, mesmo quando existem alternativas. Addis e Jacobson (1996) relatam que pacientes com depressão que crêem que tiveram "boas razões" para estarem depressivos tinham uma tendência a serem mais depressivos e mais resistentes durante o tratamento quando comparados com outro grupo de depressivos. Outras pesquisas relatam que as pessoas que têm "mais razões" para estarem depressivas tendem a ruminar mais em resposta ao humor depressivo (Addis & Carpenter, 1999).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

A *racionalização* está associada ao tratamento da ACT para depressão porque as pessoas geralmente passam grande parte do tempo tentando entender a razão para a sua depressão, com o intuito de saber as causas exatas e, consequentemente, investem grande parte de sua energia em identificar o que deve ser feito para acabar com seus sintomas (Zettle, 2007). Zettle e Hayes (2007) concluem que os pacientes acabam por acreditar em suas próprias histórias das razões de sua depressão. Para os autores, isso se torna negativo e disfuncional porque a maioria dessas razões envolve experiências internas, ao invés de eventos externos. Consequentemente, isso pode resultar em pessoas passando grande parte do seu tempo "reparando" o modo como se sentem e pensam, ou ficando à espera de quando elas "se sintam bem" antes de tomar qualquer iniciativa na direção de áreas consideradas importantes e que possuem valor em suas vidas.

Evidência que apoia essa relação entre a depressão e a racionalização pode ser encontrada em um estudo conduzido por Garst e Zettle (2006), o qual concluiu que os escores do *Reasons For Depression Scale* (RFD; Addis et al., 1995), traduzido para o português como a *Escala das Razões para a Depressão*, estavam significativamente relacionados com depressão quando mensurados através de escores do Inventário de Depressão de Beck (BDI) e de flexibilidade psicológica (escores do AAQ).

A *ruminação* também está associada às tentativas de entender as causas ou "razões" para a depressão. A ruminação é um processo verbal que visa responder as questões que o sujeito tem acerca do significado, das causas e das consequências da sua experiência de depressão (Zettle, 2007). Existe um vasto número de estudos sobre ruminação e depressão. Citaremos alguns dos mais relevantes para a compreensão deste capítulo.

Por exemplo, o estudo de Nolen-Hoeksema e Morrow (1991), que investigou o enfrentamento de estudantes de uma universidade após um terremoto na cidade em que viviam. Essa pesquisa mostra que os estudantes que exibiam humor depressivo e um estilo ruminativo de enfrentamento estavam mais suscetíveis a permanecer depressivos após passadas sete semanas do terremoto, do que seus colegas que não tinham um estilo ruminativo. Nolen-Hoeksema, Parker e Larson (1994)

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

também concluíram em outro estudo que adultos experienciando luto, com um estilo ruminativo de enfrentamento, permaneciam mais depressivos após seis meses. Para Zettle (2007), os resultados desses estudos evidenciam a noção de que a ruminação leva a uma fusão com a construção verbal que se faz sobre o mundo, sobre o eu e sobre suas experiências, e que consequentemente isso resulta em um engajamento menos eficaz e significativo com a vida para além de si mesmo.

A ruminação também afasta as pessoas do contato com o presente momento, fazendo-as embarcar em uma visão da vida, seja do passado ou do futuro, predominantemente negativa. Por consequência, as pessoas se tornam menos eficazes no presente momento e estão menos conscientes das opções disponíveis que podem auxiliá-las a viver uma vida valorizada e com sentido no momento presente. Um paciente depressivo que valoriza as relações íntimas, mas que não sai de casa para encontrar pessoas, porque passa grande parte do tempo ruminando sobre como as pessoas o magoaram e o maltrataram no passado, é um bom exemplo disso. Para Watkins, Moulds e Mackintosh (2005), a ruminação é tão central na depressão clínica quanto a preocupação é para a ansiedade generalizada.

Retomando:

- A crença de que pensamentos ou sentimentos são as causas para o comportamento-problema é o próprio problema.
- As pesquisas indicam que quanto "mais razões" o paciente tem para estar depressivo, mais sintomas de depressão ele tende a reportar, assim como também demonstra maior resistência em terapia e maior frequência de ruminação.
- A racionalização e a ruminação tendem a agravar os sintomas de depressão e reduzem o contato que o paciente tem com o presente momento, sendo dominado pelo passado e pelas preocupações sobre o futuro.
- Essa perda de contato com o momento presente estreita a capacidade de o paciente atuar com maior proveito e eficácia no momento presente na direção de áreas valorizadas.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

VIVENDO COM BASE EM VALORES

No modelo da ACT para o tratamento da depressão de Zettle (2007), além da contribuição dos fatores do acrônimo FEAR, o autor ainda sugere o papel dos valores e de uma vida com sentido no desenvolvimento e na manutenção da depressão. Segundo o autor, o indivíduo está mais vulnerável quando seus objetivos são incongruentes com as áreas de vida consideradas importantes para ele. Ele também está mais vulnerável quando não tem sucesso em agir na direção de objetivos que sejam congruentes com seus valores ou áreas de vida importantes. Por exemplo, mesmo que manter relações íntimas seja algo importante para uma pessoa, o medo da rejeição pode detê-la de seguir na direção desse valor, para evitar os sentimentos possíveis de rejeição.

Quadro 8.1 Modelo psicopatológico da ACT

- O modelo da ACT de depressão pode também ser resumido através do modelo do Hexágono de Inflexibilidade Psicológica (visto no Capítulo 7 deste livro).
- Os seis processos psicopatológicos da ACT incluem: fusão cognitiva (incluindo os processos de racionalização e ruminação descritos anteriormente), evitação experiencial, apego ao *eu* conceitualizado ou histórico, apego ao passado ou ao futuro conceitualizado (avaliação e autodepreciação), falta de valores (ou de objetivos incongruentes com valores) e inatividade ou não sucesso em aspirar ou perseguir objetivos congruentes com valores. Nota-se, portanto, que os seis processos incorporam todos os fatores do acrônimo FEAR.
- Cada um dos seis processos positivos e centrais da ACT objetiva contra-atuar os seis processos psicopatogênicos do modelo da ACT de depressão:
  - A aceitação contrapõe-se à evitação experiencial.
  - A desfusão cognitiva contrapõe-se à fusão cognitiva.
  - O contato com o momento presente (*mindfulness*) contrapõe-se ao apego da visão conceitualizada que o indivíduo tem do passado ou do futuro.
  - O *eu como contexto* contrapõe-se ao *eu baseado em conceitos* (o eu histórico).
  - A escolha de valores contrapõe-se à falta de clareza de valores.
  - As ações de compromisso na direção dos valores, por sua vez, contrapõem-se à inatividade do comportamento.

Fonte: Zettle (2007)

Seguiremos com a compreensão da aplicabilidade da ACT no tratamento dos transtornos de ansiedade.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

A ACT NO TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

O entendimento

O modelo da ACT para os transtornos de ansiedade propõe que as tentativas de regulação da ansiedade são os principais processos na manutenção do transtorno, ao invés da simples presença de quaisquer níveis de ansiedade. A compreensão da ACT sobre a ansiedade (assim como outras formas de experiências internas e privadas) é derivada de pesquisas que têm como base a compreensão do comportamento, da linguagem e da cognição, mais exatamente na Teoria das Molduras Relacionais (RFT – *Relational Frame Theory* – vista no Capítulo 6 deste livro).

Estudos que têm como foco central de interesse a RFT têm demonstrado que as experiências mentais (pensamentos e emoções) ocorrem em contextos *funcionais* e *relacionais*, e que esses contextos podem ser trabalhados separadamente (Steele & Hayes, 1991). De forma semelhante à pesquisa básica das teorias comportamentais Skinnerianas no processo de extinção, que demonstra que a extinção envolve *nova aprendizagem* ao invés de ser um mero processo de *desaprender* (Bouton, 2002), pesquisas em RFT têm evidenciado que cognições específicas não podem ser desaprendidas (Strohsal et al., 2004). Entretanto, o contexto em que experiências mentais ocorrem pode ser modificado, de modo que essas experiências passam a ter menor impacto regulatório no comportamento (Levitt, Brown, Orsillo, & Barlow, 2004).

Portanto, assim como outras Terapias de Terceira Geração, a ACT busca alterar os efeitos funcionais de experiências internas e privadas com uma menor preocupação sobre a forma, frequência ou previsão de determinadas categorias de experiências internas, como ansiedade, preocupação ou sensações relacionadas ao pânico. Para a ACT, é importante a redução da evitação ou da esquiva dessas experiências internas, que são as reações mais dominantes e centrais dos transtornos de ansiedade.

O objetivo da ACT como proposta terapêutica é ampliar o repertório de respostas do paciente à experiência de ansiedade (como um todo), resultando em uma maior flexibilidade psicológica (definida como a habilidade de estar aberto à experiência de ansiedade, ao mesmo tempo em que o indivíduo esteja envolvido em ações valorizadas). Isso

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

é possível quando se dirige atenção aos seis processos psicológicos da ACT (através dos componentes do Hexaflex): estar presente, aceitação de experiências, desfusão cognitiva, *self* como contexto, valores e ações de compromisso. Esses processos se contrapõem aos processos psicopatogênicos, uma vez que estes são considerados importantes e responsáveis pelo aparecimento e pela manutenção dos transtornos de ansiedade segundo a perspectiva da ACT (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006).

Central a todos os transtornos de ansiedade está o fato de que os indivíduos se sentem sobrecarregados pelas ações que realizam de forma contínua e exacerbada, evitando experiências como o medo e a ansiedade. As pessoas que sofrem com um transtorno de ansiedade literalmente vivem uma vida cujo objetivo principal é fazer de tudo para evitar a ansiedade e o medo, os pensamentos indesejáveis, as memórias passadas, as preocupações, etc., e fazer de tudo para evitar ou fugir dessas experiências (como, por exemplo, a preocupação crônica, que é considerada uma estratégia para fugir das sensações de ansiedade).

Uma vida a serviço da ansiedade e do medo pode tomar várias formas como, por exemplo, a evitação de pessoas, de lugares, de atividades ou de situações que possam levar a sentimentos de ansiedade, pânico ou medo, apelando, em alguns casos, para o uso de substâncias a fim de minimizar a ocorrência de sentimentos desagradáveis, escapando de situações durante estados emocionais igualmente desconfortáveis (Eifert & Forsyth, 2009). Uma vida a serviço do desejo de não sentir ansiedade e medo, especialmente quando regrada de forma rígida e inflexível, pode ter um impacto muito limitador, sendo possível que esse modo de operar defina de forma extensiva a vida dos pacientes que chegam ao consultório procurando ajuda.

Retomando:

- Para a ACT, as tentativas do indivíduo em regular a ansiedade e o medo perpetuam o quadro de ansiedade. As experiências em si não são problemáticas, mas sim o que o indivíduo faz quando as mesmas surgem.
- As pesquisas indicam que não é possível *desaprender* cognições específicas, entretanto o contexto onde as experiências mentais ocorrem pode ser modificado.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

- O objetivo da ACT é promover no indivíduo habilidades que possibilitem a ele se relacionar com essas experiências de tal modo que as mesmas tenham um menor impacto regulatório sobre o comportamento.
- Reduzir a evitação dessas experiências internas e aumentar a flexibilidade psicológica são os processos centrais do tratamento.
- Uma vida guiada pela fuga de experiências como a ansiedade e o medo pode levar a uma vida que tem como base a fuga e a evitação de pessoas, lugares, atividades ou situações em que essas experiências possam surgir.

Quando essas estratégias de evitação e fuga são aplicadas de forma rígida e inflexível às experiências de ansiedade e medo, incluindo em circunstâncias que ocasionam tais respostas, pode-se considerar o ponto de transição entre ansiedade e medo normal, e ansiedade e medo como transtorno. Grande parte dessa atividade é decorrente de uma construção verbal, assim como da tendência do ser humano em avaliar suas experiências, e é por isso que a ACT considera a linguagem como sendo o problema central da evitação ou *esquiva experiencial* (Twohig et. al., 2010).

Quadro 8.2 Quando a ansiedade e o medo se tornam problemáticos?

Para a ACT, ansiedade e medo se tornam problemáticos quando as pessoas:
1) Não estão dispostas a experienciar ansiedade e medo.
2) De forma repetitiva e contínua agem de modo a evitar, suprimir ou fugir de tais sentimentos, pensamentos associados, sensações no corpo, bem como das circunstâncias que possam ocasioná-los.
3) Dedicam grande parte do seu tempo e esforço a essa luta contra a ansiedade e o medo, em detrimento de outras atividades ou objetivos importantes em sua vida.

Fonte: Eifert & Forsyth (2009).

O tratamento

No tratamento dos transtornos de ansiedade, a ACT objetiva desarmar esse círculo vicioso instalado de esquiva, reduzindo a tendência automática e natural de evitar e fugir enquanto maximiza a flexibilidade e a disposição para experienciar sentimentos de ansiedade e medo pelo o que eles são, isto é, sentimentos e sensações impermanentes. Em para-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

lelo a esse processo, que envolve estratégias de *mindfulness* e aceitação, a ACT objetiva ajudar pacientes a resgatar a sua atenção ao que é importante, identificando áreas de vida valorizadas que estão sendo negligenciadas durante essa luta instaurada (Twohig, 2009).

As intervenções da ACT são conhecidas como eficazes no aumento significativo da disposição do indivíduo de entrar em contato com emoções e sentimentos difíceis (Levitt, Brown, Orsillo, & Barlow, 2004), o que é considerado em si um desafio para o tratamento dos transtornos de ansiedade que têm como fator comum e central a reduzida habilidade e disposição do indivíduo em estar aberto às suas experiências internas (de ansiedade, pânico ou medo), visto que as percebe como ameaçadoras e reais. Entretanto, esses atributos da ACT oferecem uma maneira eficaz de lidar com os transtornos de ansiedade em geral, que não é somente focada nos aspectos cognitivos, mas também nos aspectos comportamentais que servem como mantenedores do transtorno.

Por exemplo, no tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), a ACT pode ser eficaz principalmente no trabalho de desfusão e aceitação. Pacientes com TOC estão focados de forma disfuncional em pensamentos obsessivos e realizam inúmeras ações para tentar fugir deles e evitá-los, com o objetivo de alterar sua forma ou sua frequência. No tratamento do TOC, a ACT procura ajudar o paciente a criar uma nova relação com seus pensamentos obsessivos e sentimentos de ansiedade. Uma relação em que a obsessão possa ser experienciada como qualquer outro pensamento, e a ansiedade seja simplesmente uma emoção a ser sentida. Em paralelo a esse trabalho de aceitação e contato com o presente momento, o paciente é convidado a trazer o seu foco para as áreas de vida consideradas importantes e de valor, bem como a agir na direção de tais valores, dedicando, assim, menos tempo em suas tentativas de reduzir obsessões ou de evitar sentimentos de ansiedade (Twohig et. al., 2010).

Retomando:

- Na ACT, o paciente é convidado a investigar a inutilidade de sua agenda de controle da ansiedade e do medo através das diferentes estratégias de evitação.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

- A proposta inclui a maximização das habilidades de *mindfulness* e aceitação para as experiências desagradáveis associadas à ansiedade, assim como o resgate daquilo que é importante na vida desse indivíduo e que esteja sendo negligenciado.
- Uma das dificuldades do tratamento dos transtornos de ansiedade na ACT é que o indivíduo percebe suas experiências internas como ameaçadoras e reais, portanto a alternativa da aceitação e abertura surge como desafiadora.
- A ACT busca desenvolver no indivíduo a capacidade de se abrir à experiência de ansiedade e medo e à capacidade de observar seus pensamentos como pensamentos.
- No tratamento do TOC, por exemplo, desenvolve-se no indivíduo a capacidade de investir menos tempo nas tentativas de reduzir a ansiedade ou de resolver obsessões, e mais tempo em ações direcionadas a valores.

Evidências empíricas

Dados empíricos que apoiam a ACT são cada vez mais crescentes e promissores (Hayes et al., 2006; Ruiz, 2010). Existem mais de 40 estudos que apoiam os seis processos inerentes à ACT, sendo grande parte desses estudos sobre a aceitação (Levitt et al., 2004), a desfusão (Masuda et al., 2010), o contato com o momento presente ou *mindfulness* (Arch & Craske, 2006) e os valores (Páez-Blarrina et al., 2008). Existe evidência para a eficácia da ACT para a maioria dos transtornos de ansiedade, sendo os estudos sobre o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) os mais prevalentes, juntamente com o TOC.

Um estudo randomizado e de controle dos autores Roemer, Orsillo e Salters-Pedneault (2008) avaliou a eficácia de um tratamento baseado em ACT para o TAG, em que 31 adultos com o diagnóstico de TAG participaram ou de um grupo de tratamento de ACT ou de uma lista-controle de espera. O grupo de tratamento teve resultados mais eficazes do que o grupo de espera e, no período pós-tratamento, 78% dos participantes não se enquadravam mais nos critérios de TAG segundo o DSM-IV-TR. A aceitação de experiências internas e o engajamento com comprometimento em atividades baseadas em direções valorizadas ao fim do período de intervenção estavam positivamente relacionados

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

aos estilos de respostas, e sobrepunham-se às reduções em preocupação (Hayes, Orsillo, & Roemer, 2010).

Um protocolo de oito semanas de ACT (sem terapia de exposição em sessões) também testou em múltiplas linhas de base quatro adultos diagnosticados com TOC (Twohig, Hayes, & Masuda, 2006). A ACT obteve um impacto significativo em severidade do TOC, depressão e ansiedade, e levou os escores de severidade do TOC de uma situação considerada clínica para uma margem não clínica, com níveis próximos à zero de compulsões nos períodos após o tratamento e *follow-up*. Os resultados demonstraram que os processos da ACT estavam relacionados com os resultados alcançados na pesquisa que, mais tarde, foram replicados em outro estudo randomizado (N=79), em que a ACT (novamente sem terapia de exposição) foi comparada com uma intervenção utilizando treinamento de relaxamento progressivo (PRT; Twohig et al. 2010). Utilizando uma análise de intenção de tratar, a ACT foi estatisticamente mais eficaz na redução de severidade do TOC do que o treinamento de relaxamento progressivo.

Dados de pesquisas continuam sendo publicados extensivamente em revistas acadêmicas dando apoio à ACT como um modelo terapêutico eficaz e promissor em diferentes contextos, como é o caso de dois estudos randomizados que demonstraram que a ACT tem o potencial de reduzir significativamente o estresse no ambiente do trabalho (Bond & Bunce, 2003; Hayes, Bissett et al., 2004), bem como a experiência de ansiedade e estresse em pais de filhos com deficiência (Strohsal et al. 2004). Um estudo avaliando a ACT no tratamento da depressão e ansiedade, publicado em 2007 por Forman, Herbert, Moitra, Yeomans e Geller, apoia igualmente a utilização da ACT em contextos clínicos. Similarmente, a ACT tem sido apontada como um método eficaz de tratamento em casos gerais de transtornos de ansiedade (Eifert et al., 2009), no tratamento da hipocondria ou ansiedade associada à saúde (Jourdain & Dulin, 2009), assim como no tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT; Orsillo & Batten, 2005; Twohig, 2009).

A compreensão dos processos que fazem um tratamento eficaz ou não é, em geral, mais importante que saber se o tratamento tem efeito ou não, porque a compreensão do processo pelo qual isso acontece permite a adaptação e melhorias quando necessárias para que o trata-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

mento possa fazer aquilo que se propõe. Do mesmo modo, a compreensão do processo ajuda na seleção do melhor tratamento para pacientes com problemas específicos (DiGiuseppe, 2006). Até a presente data, existem evidências da contribuição de todos os processos da ACT (como revisada por Hayes et al., 2006), e este capítulo irá citar os avanços publicados envolvendo especificamente os transtornos de ansiedade.

O processo central da ACT, isto é, a inflexibilidade psicológica, tem sido consistentemente e significativamente correlacionado com os transtornos de ansiedade em geral (Hayes, Strohsahl, et. al., 2004), especificamente com o TEPT (Marx & Sloan, 2005), o TOC (Briggs & Price, 2009) e o transtorno do pânico (Tull & Roemer, 2007). Além da correlação comprovada, vários outros estudos demonstram que uma maior frequência e severidade de sintomas de medo e pânico é comum em indivíduos com reduzida flexibilidade psicológica em tarefas que induzem o pânico (Kelly & Forsyth, 2009).

Estudos de análise de componentes também sugerem a eficácia de processos individuais da ACT no aumento da disposição por parte do indivíduo em se engajar, ou seja, em participar de atividades que induzem pânico, quando comparados com grupos-controle (Levitt et al., 2004; Eifert & Heffner, 2003). Os indivíduos demonstraram também estarem mais dispostos a experienciar pensamentos do espectro obsessivo quando comparados com outras condições de controle (Marcks & Woods, 2005, 2007), bem como experienciar emoções desagradáveis, incluindo ansiedade e depressão (Campbell-Sills, Barlow, Brown & Hoffman, 2006). Por último, vale ressaltar que estudos de análise de processos mediadores podem ser encontrados para o tratamento de transtornos de ansiedade (Hayes et al., 2010). Portanto, é notório que existe um amplo encaixe e aplicabilidade da ACT no tratamento de transtornos de ansiedade.

Retomando:

- Pode-se afirmar com confiança que a ACT é uma terapia promissora, com mais de 40 estudos que apoiam os seis processos de flexibilidade psicológica propostos por ela.
- Para a maioria dos transtornos de ansiedade (TOC, TAG, TEPT, Hipocondria), a ACT é um tratamento eficaz e recomendado.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

- No tratamento do TAG, a aceitação de experiências internas e o engajamento em atividades baseadas em valores parecem mais relevantes do que a redução de preocupações.
- Comparada a uma intervenção de relaxamento progressivo, a ACT é muito mais eficaz na redução da severidade dos sintomas do TOC.
- Em diferentes contextos, a ACT continua a surpreender (e. g., redução significativa de estresse ocupacional e da experiência de estresse e ansiedade em pais de filhos com deficiência).
- Estudos de análise de componentes sugerem que os processos de flexibilidade psicológica da ACT aumentam a disposição do indivíduo em se engajar com atividades que induzem o pânico e experienciar emoções e pensamentos difíceis, incluindo ansiedade e depressão.
- Pode-se afirmar que os dados empíricos de apoio à ACT são de amplo encaixe ao tratamento dos transtornos de ansiedade.

ACT *versus* TCC padrão: implicações para a prática clínica

A ACT é um pouco diferente das tradicionais terapias cognitivo-comportamentais no tratamento dos transtornos de ansiedade e, embora algumas dessas particularidades já tenham sido discutidas neste capítulo, é importante ressaltar aqui mais algumas características específicas do modelo. Primeiramente, vale a pena lembrar que a ACT é uma abordagem, e não um conjunto de técnicas com o objetivo de reduzir sintomas. Uma das principais características da ACT é o desenvolvimento de uma abertura experiencial e de valores, assim como o desenvolvimento da capacidade de viver uma vida com sentido, na direção desses valores (pessoais e únicos).

Essa proposta acaba sendo uma consequência direta da perspectiva da ACT de que grande parte do sofrimento humano emana de ações que desconectam as pessoas de tais características tão humanas e particulares, bem como dessa direção tão valorizada e ora negligenciada. Um dos propósitos da terapia é estabelecer um contexto onde essas qualidades possam emergir. Para que isso seja possível, é necessário que o terapeuta repense sobre a sua própria agenda clínica, possivelmente focada na redução de sintomas como critério de qualidade de vida, que vem a

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ser a característica mais fundamentalizada das convencionais terapias cognitivas e comportamentais no tratamento dos transtornos de ansiedade.

Contexto e linguagem

Como discutido anteriormente, o transtorno de ansiedade não é resultado da mera presença de sentimentos, tampouco a experiência intensa da ansiedade e do medo. Na verdade, trata-se da tendência do ser humano em avaliar e responder de forma relacional suas próprias avaliações, pensamentos e sentimentos, originando outras sucessivas avaliações, enquanto empenhado em ações para fugir ou lutar contra esses sentimentos, o que o faz vulnerável à ansiedade de tal maneira que ela se torna um transtorno. Essa tendência é fruto de um processo contínuo de socialização aprendido por volta do segundo ano de vida de um indivíduo, e é através da linguagem humana e dos processos cognitivos que isso é reforçado.

O ser humano tem certa dificuldade em estar aberto ao presente momento, porque este pode, por vezes, conter experiências que, *a priori*, de forma automática, ele avalia como indesejáveis ("Ansiedade faz mal", "Tenho que me acalmar", "O medo é para os fracos", "Ansiedade faz mal à saúde"). Sob uma perspectiva evolucionista, a linguagem nos permite a habilidade de resolução de problemas e, geralmente, o objetivo desse mecanismo é produzir resultados e eventos desejáveis, e não o contrário. Portanto, a evitação à dor psicológica acaba sendo embutida em nosso sistema como uma função padrão da linguagem, mesmo que isso resulte em mais dor e sofrimento em alguns contextos (Hayes e Shenk, 2004).

Quadro 8.3 Exemplo clínico

Jonathas é um paciente que sofre de ataques de pânico quando está no trabalho. Durante esses ataques, sua tendência é avaliar as mudanças que ocorrem em sua fisiologia e as sensações físicas associadas ao pânico dizendo para si mesmo frases do tipo: "Eu estou tendo um ataque cardíaco... Devo estar morrendo". Geralmente, Jonathas deixava a sua sala e ia para um lugar menos fechado, ao ar livre, até que se sentisse menos ansioso (mais uma avaliação) para retornar ao que estivesse fazendo. Recentemente, Jonathas procurou ajuda de um médico cardiologista e passou por uma bateria de exames de rotina para verificar a situação, in-

continua

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

(*continuação*)

cluindo alguns exames de resistência física. Enquanto passava por esses exames, Jonathas sentiu uma variedade de sensações físicas que se pareciam muito com as sensações que experienciava quando estava tendo os ataques de pânico. Entretanto, no espaço "seguro" do consultório do seu médico, Jonathas nem pensou "estou tendo um ataque cardíaco", nem parou de realizar os exercícios ou tentou fugir da situação e das experiências.

Fonte: Adaptado de Eifert et. al., 2009.

Este caso ilustra como diferentes contextos podem exercer controle sobre as nossas reações e avaliações, além de auxiliar o terapeuta na formulação dos problemas apresentados por seus pacientes, ajudando-o a trabalhar com pacientes ansiosos a partir da perspectiva da ACT.

Retomando:

- A ACT é uma abordagem terapêutica, e não somente um conjunto de técnicas com o objetivo de reduzir sintomas.
- Na perspectiva da ACT, o sofrimento humano é agravado quando o indivíduo se desconecta das ações que valoriza na vida, fechando-se experiencialmente a sensações, pensamentos e outras experiências internas percebidas como difíceis.
- É importante que o terapeuta ACT repense sua agenda clínica, possivelmente focada na intenção de reduzir sintomas para a condução de uma prática de ACT competente.
- O objetivo da ACT é criar contextos para que as habilidades de aceitação de experiências e clareza acerca de valores sejam desenvolvidas.
- Para a ACT, o transtorno de ansiedade se dá através da tendência do indivíduo em avaliar e responder de forma relacional suas próprias avaliações, pensamentos e sentimentos, originando outras sucessivas avaliações e investindo seu tempo em ações de esquiva experiencial.
- A linguagem impactua na experiência, e a dificuldade de se estar presente e aberto a experiências associadas à ansiedade no momento em que elas ocorrem está relacionada às avaliações preestabelecidas e reforçadas através da linguagem.
- Diferentes contextos exercem sobre o indivíduo diferentes reações e avaliações, mesmo quando na presença de experiências fisiológicas comuns a diferentes situações.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Exposição

Presentes em quase todos os protocolos das terapias cognitivas e comportamentais, as intervenções de exposição (imaginada ou *in vivo*) fazem parte central do tratamento dos transtornos de ansiedade. A exposição tem como objetivo desafiar a tendência do paciente em fugir ou evitar situações que ativem ansiedade ou medo. Por meio da criação conjunta entre paciente e terapeuta, organiza-se, geralmente, uma lista de hierarquias de situações provocadoras de medo e ansiedade, em ordem crescente de dificuldade. Propõe-se que os pacientes aprendam que a ansiedade é passageira e "controlável/regulada", contribuindo para uma nova aprendizagem emocional. Para as abordagens tradicionais das TCCs, a exposição é uma técnica de eliminação conduzida com o objetivo explícito de reduzir a ansiedade. Por outro lado, essa proposta, de forma implícita, reforça a ideia de que o paciente precisa reduzir sua experiência de ansiedade para que possa sentir-se bem e funcionar melhor (Eifert et. al., 2009).

A exposição sob a perspectiva da ACT se baseia em uma proposta muito diferente das abordagens convencionais. Utiliza-se da exposição não como uma ferramenta eliminatória de sintomas a ser aplicada em um protocolo com base em uma agenda de controle e domínio da ansiedade. Realizar uma intervenção de exposição dessa maneira seria inconsistente com a abordagem terapêutica da ACT, justamente porque sinaliza ao paciente que a ansiedade é um problema e que, por isso, deve ser eliminada ou gerenciada para que ele possa melhorar a sua qualidade de vida e sentir-se melhor.

A proposta da ACT é realizar exercícios experienciais de exposição, com o objetivo de promover no paciente a habilidade de *sentir* melhor, isto é, tornar-se melhor na capacidade de *sentir*, e não de *sentir-se melhor*, isto é, sentir menos ansiedade. Essa proposta tem como objetivo central promover no ser humano habilidades para que ele se torne um ser totalmente funcional. Portanto, o foco não é ajudar pacientes a regularem ou a se livrarem de sua ansiedade ou medo, mas sim auxiliá-los a desenvolver a disposição de estar aberto às experiências de pensamentos e sentimentos pelo o que eles são, e não pelo o que a mente diz que eles são. Assim, exercícios de exposição dentro da abordagem da ACT

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

são utilizados a serviço do desenvolvimento da flexibilidade psicológica, da disposição às experiências e da abertura. Os exercícios têm como foco o crescimento do indivíduo como um ser humano cheio de potencial, e são sempre escolhidos e realizados na direção dos objetivos e das ações nas áreas valorizadas do indivíduo – identificadas nos primeiros encontros terapêuticos (Eifert et. al. 2009).

O terapeuta de aceitação e compromisso deve sempre enquadrar a exposição de forma que ela esteja relacionada com os valores e objetivos de vida do paciente. O objetivo dos exercícios de exposição é facilitar o processo de mudança para que o paciente passe a viver de forma consistente com as áreas e ações que considera importantes em sua vida (Eifert et al., 2009). Ao longo desse processo, é importante lembrar-se de que a redução da ansiedade não é um pré-requisito para mudanças comportamentais significativas. É provável que, conforme os resultados dos estudos descritos anteriormente, o paciente venha a experienciar uma redução nos níveis de ansiedade, ou que aprenda pelo menos novas maneiras de lidar com essas experiências. Entretanto, mesmo que os níveis de ansiedade não reduzam, a terapia pode ainda ser um sucesso, desde que o paciente esteja vivendo uma vida com mais sentido e em harmonia com os seus valores. Essa posição se diferencia muito da visão das tradicionais terapias cognitivas e comportamentais, em que o objetivo das intervenções de exposição é a redução dos sintomas de ansiedade.

Retomando:

- A exposição faz parte do protocolo de tratamento dos transtornos de ansiedade na maioria das terapias comportamentais e cognitivas. Entretanto, diferentemente da exposição na ACT, as abordagens mais tradicionais buscam através da exposição reduzir, regular ou controlar a experiência da ansiedade.
- Na ACT, a exposição tem o objetivo de maximizar a capacidade de o indivíduo se abrir à experiência de ansiedade e do medo, facilitando o processo de flexibilidade psicológica.
- A exposição na ACT é realizada no contexto da direção valorizada do paciente: o paciente se abre às experiências com atenção plena (*mindfulness*) ao mesmo tempo em que realiza ações que estejam ligadas àquilo que considera importante em sua vida.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Fusão cognitiva

Quando um indivíduo está vivendo uma situação que provoca nele ansiedade e medo, como ocorre, por exemplo, no transtorno de pânico ou TAG, as emoções que ali aparecem fazem parte do conjunto normal de experiências que um ser humano pode ter. Os pensamentos de avaliação dessa experiência, que geralmente acompanham esse momento como "Algo sério está acontecendo, devo estar infartando" ou "Algo de ruim vai acontecer comigo", são considerados formas derivadas de uma atividade de avaliação que ocorre quando o indivíduo se depara com aquela experiência.

É importante ressaltar aqui que o conteúdo dessa atividade de avaliação não é em si problemática. Faça um experimento você mesmo, repetindo mentalmente: "Estou ficando louco", "Não consigo respirar", "Devo estar morrendo agora", "Não tenho qualquer valor". Essas frases possivelmente tiveram pouco impacto em você, o que denota que um pensamento de avaliação é simplesmente isso, uma avaliação, isto é, um conjunto de palavras. No entanto, avaliações têm uma tendência de se tornarem fundidas ou de *fusionarem* com as nossas experiências do corpo e outras experiências emocionais, e podem, a partir dessa fusão, criar novas relações (Strosahl et. al., 2004).

Veja um paciente com transtorno de fobia social, por exemplo, que tem o pensamento "As pessoas vão me achar um idiota se eu fizer a apresentação do trabalho na frente de todo mundo" — neste caso, o pensamento já não é mais apenas um pensamento de avaliação. Aqui, o pensamento acaba exercendo uma função de representar a situação em si, isto é, rejeição social, que precisa *a todo custo* ser evitada. Da mesma forma, pensamentos do tipo "Eu sou um desajeitado e ninguém vai me aceitar" estão possivelmente relacionados com outras avaliações do tipo "Não sou uma pessoa feliz", "Os outros vão pensar mal de mim", "Eu não sou bom em fazer as pessoas se interessarem em mim", etc.

Na verdade, muitos de nós somos mais guiados por nossas avaliações do mundo do que pelas situações do mundo como elas realmente são. Entretanto, isso não quer dizer que a fusão dos pensamentos de avaliação com a experiência real não tenha funcionalidades, ou que seja algo indesejável e ruim, mas é importante que o terapeuta ajude seus pacientes a reconhecer as diferenças entre o que a mente diz sobre o mundo e o

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

mundo como ele verdadeiramente é. O objetivo é que o paciente possa responder com flexibilidade às circunstâncias que vão surgindo e que continue seguindo na direção de áreas consideradas importantes em sua vida, isto é, seus valores.

Retomando:

- A fusão cognitiva ocorre quando o indivíduo toma os seus pensamentos como verdade absoluta, no sentido literal, ao invés de percebê-los como realmente são: um conjunto de palavras, sons, frases na mente.
- A fusão pode ser problemática quando o indivíduo deixa de viver uma vida guiada por valores pela mera experiência dos pensamentos.
- As avaliações acerca da ansiedade tendem a se tornar fundidas com as experiências do corpo e outras experiências emocionais.
- A tendência do indivíduo de ser guiado excessivamente por pensamentos e crenças sobre o mundo pode servir como um impedimento, em alguns contextos, para que ele veja o mundo como é realmente e, por consequência, pode interferir em suas tomadas de decisões. Por vezes, isso pode afetar a vida do paciente significativamente.
- O Terapeuta ACT tem o objetivo de criar um espaço de conscientização para o paciente perceber o quanto o emaranhamento com seus pensamentos pode influenciar a sua vitalidade e relação com metas valorizadas.

A ACT em Diferentes Contextos

A ACT tem se demonstrado como uma abordagem promissora no campo da pesquisa clínica por mais de duas décadas (Zettle e Hayes, 1986) e não tem se limitado ao trabalho desenvolvido nas práticas clínicas e nos consultórios. No ambiente organizacional, a ACT tem sido referenciada positivamente em jornais acadêmicos como um treinamento eficaz no gerenciamento do estresse em trabalhadores, assim como no desenvolvimento de líderes mais resilientes (Hayes, Bond, Barnes-Holmes, & Austin, 2007). Quando utilizada como um modelo de treinamento em organizações, é conhecida como Treinamento de Aceitação e Compromisso (*ACT-Training*), porque não tem um propósito psicoterápico.

Quando inserida no contexto organizacional, a ACT já demonstrou eficácia no aumento de desempenho no trabalho (Bond & Flaxman, 2006),

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

na redução de erros organizacionais (Bond & Bunce, 2003), na redução de estresse ocupacional (Bond & Bunce, 2003; Flaxman & Bond, 2010), no aumento de inovação (Bond & Bunce, 2000) e também na aceitação de novos treinamentos (Luoma et al., 2007). Resultados recentes relatando a eficácia do *ACTraining* nas organizações também sugerem que líderes de organizações que receberam treinamento através do modelo da ACT obtiveram maior poder de influência na performance de seus supervisionados (Moran, 2011).

O treinamento da ACT nas organizações tem como objetivo estimular no indivíduo a habilidade de construir e desenvolver novos repertórios de comportamento, para que o líder, gerente ou funcionário de uma organização possa se relacionar com as situações que ocorrem no trabalho com mais flexibilidade. Em termos dos processos da ACT, acredita-se que ter a percepção de ser um ser humano complexo e completo, capaz de experienciar emoções, impulsos, sensações e outras experiências e fazê-lo de forma aberta, isto é, com aceitação, promove no indivíduo mais flexibilidade psicológica.

A ACT nas organizações pode promover a habilidade de *desfusionar-se* de padrões de pensamentos disfuncionais e rígidos, enquanto incentiva os indivíduos a se comprometerem com planos de ação influenciados por uma visão clara e mais consciente de seus *valores,* principalmente no campo do trabalho e das relações organizacionais, agindo, consequentemente, de forma congruente com esses *valores* no momento presente. O modelo da ACT tem sido evidenciado como uma intervenção que aumenta os níveis de flexibilidade psicológica (Ciarrochi, Bilich, & Godsel, 2010).

Recentes avanços na utilização de protocolos que têm como base a ACT continuam a surgir. Um estudo randomizado avaliou os efeitos de um aplicativo com intervenções da ACT para telefone móvel modelo *smartphone* na Suécia (Hoa, Asplund, Andersson, 2014). Os resultados concluíram que, quando comparados com um grupo-controle de lista de espera (n=37), gerentes de uma empresa privada (n=36), ao receberem uma intervenção via aplicativo para *smartphone* com duração de seis semanas, reduziram significativamente seus níveis de estresse ocupacional e aumentaram significativamente sua qualidade de vida e bem-estar.

No contexto dos cuidados de saúde primária (hospitais, atenção básica e serviços comunitários), a ACT tem se mostrado bastante eficaz

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

como um tratamento complementar, ajudando pacientes com problemas de saúde, como diabetes, dor crônica, HIV, câncer, entre outras enfermidades, a gerenciar melhor sua condição de saúde, melhorando sua qualidade de vida (Friary & Farag, 2013).

O modelo da ACT aplicado a esses contextos tem o objetivo de reduzir o sofrimento psicológico e criar um balanço na vida de pacientes e cuidadores. Também é de interesse do modelo a aquisição de novas ferramentas para melhorar os resultados dos tratamentos oferecidos aos pacientes e aumentar a satisfação tanto dos usuários como dos provedores de serviço. Uma das propostas da ACT nesse contexto é reduzir o discurso meramente educativo sobre práticas de saúde e aumentar o foco na utilização de ferramentas psicossociais mais adequadas ao nível de prontidão de mudança do paciente. Além disso, as intervenções baseadas nos processos de *mindfulness* e aceitação ajudam os pacientes a se tornarem mais conscientes e abertos às experiências (externas e internas) do *aqui e agora*.

A ACT também se propõe a convidar pacientes a se tornarem mais conscientes de seus padrões de comportamento evitativos que lhes trazem custos à sua vitalidade, à sua qualidade de vida e ao seu bem-estar. Os pacientes também aprendem a ter um contato mais flexível com o presente momento de suas vidas e a agir na direção de seus *valores*, em especial nos domínios do autocuidado, da família, do lazer e do trabalho (Strosahl et. al., 2004).

Na aplicação da ACT em contextos que envolvem cuidados primários de saúde existe uma variedade de estudos que evidenciam o modelo como eficaz e promissor (Robinson, Gould, Strosahl, 2010). Um desses estudos utilizou a ACT em pacientes com diabetes. Comparados com indivíduos recebendo tratamento convencional, pacientes que participaram do grupo de intervenção da ACT relataram melhor gerenciamento da doença e um aumento significativo de hemoglobina A1c, medido por um instrumento hospitalar específico (Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007).

Já o estudo de Gifford et al. (2004) demonstrou que pacientes recebendo uma intervenção baseada em ACT têm melhores resultados no tratamento de tabagismo. Pesquisas conduzidas no Reino Unido e na Suécia na última década sugerem que a ACT é um tratamento promissor no âmbito da dor crônica e da deficiência física (Dahl, Wilson & Nilsson, 2004; McCracken &

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Eccleston, 2003). Finalmente, uma recente metanálise avaliando os estudos envolvendo o modelo da ACT como opção de intervenção concluiu que a ACT é mais eficiente que os cuidados convencionais ou listas de espera, e tão eficaz quanto outras terapias cognitivo-comportamentais ou outras abordagens de psicoterapia no tratamento de vários transtornos mentais comuns na saúde primária (Powers, Zum Vörde Sive Vörding, & Emmelkamp, 2009).

Retomando:

- A ACT vem sendo aplicada em diferentes contextos: na clínica, no ambiente organizacional e comunitário, assim como no ambiente hospitalar.
- Nas organizações, o aumento da flexibilidade psicológica, que é o objetivo central da ACT, está relacionado com aumento de performance, redução de erros organizacionais, redução de estresse, aumento de inovação e aceitação de novos treinamentos.
- Dispositivos móveis celulares que oferecem intervenções da ACT são reconhecidos como eficazes no aumento de bem-estar e na redução de estresse.
- A ACT no contexto hospitalar e de cuidados de saúde básica também é promissora, ajudando pacientes a gerenciar sua condição de saúde com maior aceitação e abertura às suas experiências e ao compromisso com áreas importantes relacionadas à qualidade de vida: lazer, autocuidado, família, trabalho, etc.
- A literatura evidencia que a ACT é um dispositivo eficaz nos cuidados de pacientes diagnosticados com enfermidades crônicas (HIV, diabetes, câncer) e em outras condições (dor crônica, deficiência física, tabagismo).
- Metanálises evidenciam que a ACT é uma abordagem de terapia mais eficiente do que tratamentos tradicionais e tão eficaz quanto outras terapias cognitivo-comportamentais no tratamento de transtornos mentais na saúde primária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, tivemos a oportunidade de abordar a utilização da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em vários contextos. Consolidamos o conhecimento essencial para a aplicabilidade da ACT no tratamento da depressão e dos transtornos de ansiedade. Percebemos que a ACT é uma abordagem de terapia de certa forma transdiagnósti-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ca, que se ajusta bem à realidade da prática clínica e ao trabalho com pacientes que, em sua maioria, apresentam comorbidades.

Através do acrônimo FEAR, aprendemos novos conceitos para o desenvolvimento de uma conceitualização de casos clínicos que inclui a noção da fusão com pensamentos, da evitação de experiências difíceis e da avaliação de experiências, racionalização e justificação para sentimentos e comportamentos como fatores mantenedores de sofrimento e inflexibilidade psicológica. Podemos aplicar essa fórmula para todos os transtornos psicológicos, amplificando a nossa habilidade de nos tornarmos terapeutas mais competentes e conscientes dos processos subjacentes na manutenção do sofrimento de pacientes.

Saber que a ACT vem sendo evidenciada como um método terapêutico eficaz em vários contextos, inclusive nos ambientes não clínicos, revela a flexibilidade do modelo em se adaptar a necessidades variadas. Revela também as possibilidades que o Terapeuta ACT e o Treinador de ACT (nas organizações) têm em termos de desenvolvimento profissional.

A comunidade internacional da ACT tem dedicado muita energia na investigação dos processos da ACT em diferentes populações, e os resultados dessas pesquisas têm sido muito valiosos. A realização de novos estudos e pesquisas é essencial, principalmente no Brasil. Portanto, pesquisas futuras devem levar em consideração as diferenças sociais e culturais, já que a maioria dos estudos envolve participantes norte-americanos, norte-europeus e australianos (Hayes et. al., 2006).

REFERÊNCIAS

Addis, M. E. & Carpenter, K. M. (1999). Why, why, why?: Reason-giving and rumination as predictors of response to activation – and insight-oriented treatment rationales. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 881-94.

Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (1996). Reasons for depression and the process and the outcome of cognitive-behavioral psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1417-24.

Addis, M. E., Truax, P., & Jacobson, N. S. (1995). Why do people think they are depressed?: The reasons for depression questionnaire. *Psychoterapy, 32*, 476-83.

Arch, J. J., & Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therpy, 44*(12), 1849-58.

Bach, P. & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

the rehospitalization of pshychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(5), 1129-39.

Beck, A. T., Steer, R.A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory manual* (2.ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Biglan, A. & Hayes, S. C. (1996). Should the behavioural sciences become more pragmatic? The case for functional contextualism in research on human behaviour. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives, 5*, 47-57.

Block, J. A. & Wulfert, E. (2000). Acceptance or change: Treating socially anxious college students with ACT or CBGT. *The Behavior Analyst Today, 1*(2), 1-55.

Bond, F. W. & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*, 156-63.

Bond, F. W. & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology, 88*(6), 1057–67.

Bond, F.W. & Flaxman, P.E. (2006). The ability of psychological flexibility and job control to predict learning, job performance, and mental health. *Journal of Organizational Behavior Management, 26*, 113-30.

Bouton, M. E. E. (2002). Context, ambiguity, and unlearning: Sources of relapse after behavioral extinction. *Biological Psychiatry, 52*, 976-86.

Brewin, C. R., Watson, M., McCarthy, S., Hyman, P., & Dayson, D. (1998). Memory processes and the course of anxiety and depression in cancer patients. *Psychological Medicine 28*(1), 219-24.

Briggs, E. S. & Price, I. R. (2009). The relationship between adverse childhood experience and obsessive compulsive symptoms and beliefs: The role of anxiety, depression, and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(8), 1037–46.

Campbell-Sills, L., Barlow, D.H. Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1251-63.

Ciarrochi, J., Bilich, L., & Godsel, C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in acceptance and commitment therapy. In R. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance*: Illuminating the processes of change (pp. 51-76). CA: New Harbinger.

Dahl, J., Wilson, K. G., & Nilson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy, 35*, 785-802.

DiGiuseppe, R. (2006). The mission continues: The past, present, and future of behavior therapy. *The Behavior Therapist, 29*, 154-5.

Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J. J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 368-85.

Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification* (6), 772–99.

Friary, V., Farag S. (2013) Outcomes of a pilot-study using mindfulness-based stress reduction (MBSR) for people living with HIV with mild to moderate symptoms of depression. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano.* Ed. UnilaSalle

Garst, M. L. & Zettle, R. D. (2006). *The relationship among reason-giving experiential avoi-*

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

dance, and levels of depression. Unpublished manuscript, Wichita Stat University, KS.

Gratz, K. L. & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy, 37*(1), 25-35.

Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75(2),* 336-43.

Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., et al. (2004). The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy, 35*, 821-36.

Hayes, S., Luoma, J. B. Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Models, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy, 44*, 1-25.

Hayes, S. A., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2010). Changes in proposed mechanisms of action in an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 238-45.

Jourdain, R. L. & Dulin, P. L. (2009). «Giving it space": A case study examining acceptance and commitment therapy for health anxiety in an older male previously exposed to nuclear testing. *Clinical Cases Studies, 8*(3), 210-25.

Kelly, M. M. & Forsyth, J. P. (2009). Associations between emotional avoidance, anxiety sensitivity, and reactions to an observational fear challenge procedure. *Behaviour Research and Therapy, 47*(4), 331-8.

Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., & Hayes, S. C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior Modification,* (4), 488-511.

Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy, 35*, 747-66.

Luoma JB, Hayes SC, Roget N, Fisher G, Padilla M, Bissett R et al. (2007). Augmenting continuing education with psychologically-focused group consultation: Effects on adoption of group drug counselling. *Psychotherapy Theory, Research, Practice & Training, 44*, 463-9.

Marcks, B. A., & Woods, D. W. (2005). A comparison of thought suppression to an acceptance-based technique in the management of personal intrusive thoughts: A controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 43*(4), 433-45.

Marcks, B. A. & Woods, D. W. (2007). Role of thought-related beliefs and coping strategies in the escalation of intrusive thoughts: An analog to obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 45*(11), 2640-51.

Marx, B. P. & Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy, 43*(5), 569-83.

Masuda, A., Twohig, M. P., Stormo, A. R., Feinstein, A. B., Chou, Y. Y., & Wendell, J. W. (2010). The effects of cognitive defusion and thought distraction on emotional discomfort and believability of negative self referential thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41*(1), 11-7.

Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prietra earthquake. *Journal of Personality and Psychology, 61*, 115-21.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Riminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 92-104.

Orsillo, S. M., & Batten, S. V. (2005). Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification, 29*(1), 95-129.

Páez-Blarrina, M., Luciano, C., Gutierrez-Martínez, O., Valdivia, S., Rodríguez-Valverde, M., & Ortega, J. (2008). Coping with pain in the motivational context of values: Comparison between and acceptance-based and a cognitive control-based protocol. *Behavior Modification, 32*(3), 403-22.

Powers, M. B., Zum Vorde Sive Vording, M. B., & Emmerlkamp, P. M. G, (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics, 78*, 73-80.

Ruiz, F. J. (2010). A review of acceptance and commitment therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component, and outcome studies. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy, 10*(1), 125-62.

Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Wilson, K. G., & Gifford, E. V. (2004). An ACT Primer: Core Therapy Processes, Intervention Strategies, and Therapist Competencies. In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (eds), *A practical guide to accepatnce and commitment therapy* (pp. 31-58), New York: Springer.

Tull, M. T. & Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experimental avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(2), 199-210.

Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K., & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms of depression, anxiety, and somatization. *Journal of Nervous and Metal Disease, 192*, 754-61.

Tull, M. T. & Roemer, L. (2007). Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy, 38*(4), 378-91.

Twohig, M. P. (2009). Acceptance and commitment therapy for treatment-resistant posttraumatic stress disorder: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(3), 243-52.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 37*(1), 3-13.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., et al. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(5), 705-16.

Wenzlaff, R. M. & Eisenberg, A. R. (2001). Mental control after dysphoria: Evidence of a suppressed, depressive bias. *Behavior Therapy 32*(1), 27-45.

Woods, D. W., Wetterneck, C. T., & Flessner, C. A. (2006). A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 639-56.

Zettle, R. D. (2007). ACT for Depression. *A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression.* Oakland: New Harbinger Publications, Inc.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

9 O Modelo Matriz de Flexibilidade Psicológica

Igor da Rosa Finger

Não há que ser forte. Há que ser flexível.

Autor Desconhecido – Provérbio Chinês

Flexibilidade psicológica, ainda que não seja uma expressão nova, está em foco nas terapias comportamentais contextuais. Sabe-se que, quanto mais rigidez cognitiva (ou *inflexibilidade psicológica*), maior será o sofrimento que pode resultar em transtornos mentais (Hayes, Levin, Plumb-Vilardaga, Villatte, & Pistorello, 2014). Como visto nos Capítulo 7 e 8 desta obra, a Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT) entende que a mudança na vida de uma pessoa depende de ela notar algumas diferenças, tornando-a flexível psicologicamente, e não presa aos processos mentais. O objetivo do (a) terapeuta ACT não é dirigir, comandar a mudança, e sim auxiliar a pessoa a parar, notar/observar e escolher comportamentos, reconhecendo a função deles (e não agindo no automático a todo o momento) (Luoma, Hayes, & Walser, 2007).

A ACT tem em sua teoria seis processos (o *Hexaflex*/hexágono – ver Capítulo 7). Seus criadores apresentam diversas formas e técnicas para que o Hexaflex seja aplicado e auxilie pessoas a terem uma vida mais valiosa. Kevin Polk não foi um dos criadores da ACT, porém, desde 2004, aprofundou-se nos estudos, vivências e práticas desse

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

modelo de tratamento. O resultado disso foi a criação de um diagrama que apresentasse, de forma simples, a ideia de flexibilidade psicológica a quem pudesse se interessar (pessoas com ou sem transtornos mentais; na área clínica ou em outras áreas, como em escolas ou escritórios; em reuniões ou, ainda, em uma rápida conversa em um parque). Esse diagrama recebeu o nome *Matriz* (Polk, 2014b).

O objetivo deste capítulo é apresentar o diagrama Matriz, ensinar a organizá-lo para aplicá-lo não só no tratamento psicológico, mas também nas diversas áreas e relações da vida, bem como relacioná-lo aos processos da ACT. Ao fim do texto, o leitor poderá estar apto a notar as bases que fundamentam a flexibilidade psicológica e a montar o diagrama na sua própria vida.

POR QUE, O QUE É E PARA QUE SERVE A MATRIZ?

A palavra "Matriz" é a tradução do inglês *Matrix*, que nada mais é do que um diagrama, como já dito. Kevin Polk, em seu recente livro sobre a Matriz, revela que o nome veio de um momento *brainstorm*. Antes, o diagrama era chamado de "A Grade". Porém, um amigo sugeriu o nome *Matrix*. A sugestão deve ser contextualizada: quando o diagrama estava sendo organizado, uma trilogia cinematográfica chamada *Matrix*, que foi um sucesso de público e crítica, havia sido lançada. Um dos atores principais do filme é o Keanu Reeves. Um dos amigos de Polk sugeriu o nome "Matrix" a fim de ter um "Keanu Reeves associado agradavelmente ao nome". Assim, o nome foi escolhido (Polk, 2014a).

Polk, conforme relata na mesma obra supracitada, gosta muito de diagramas e, em meados de 2009, juntamente com Jerold Hambright e Mark Websterand, criou o diagrama para simplificar os processos da ACT – quais sejam: Aceitação, Desfusão cognitiva, Eu como contexto, Valores, Contato com o presente e Ação de compromisso. Kevin notou que a essência da ACT está em dois focos: um deles é perceber a diferença entre experiências sensoriais – ou dos cinco sentidos (audição, gustação, olfato, tato e visão) – e da mente; o outro é perceber a diferença entre como se sente ao se afastar de experiências mentais desa-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

gradáveis (também chamado de sofrimento) ou se aproximar daquilo que é importante. Flexibilidade psicológica é notar essas diferenças. A partir desse ponto de vista, e para favorecer essa flexibilidade psicológica, que o diagrama Matriz foi desenvolvido.

A Matriz é uma forma de apresentar, independentemente do público, as ideias centrais da ACT e da flexibilidade psicológica. O diagrama em si pode ser realizado em qualquer lugar, pois simplifica os processos em algumas notas. Como visto no Capítulo 7, o objetivo da ACT é desenvolver a habilidade de notar se sua vida está se dirigindo ao que é importante, ao invés de ficar lutando contra o sofrimento. A Matriz é como um grande mapa que permite ao observador notar o rumo da sua vida. A decisão sobre a direção que a vida seguirá continua sendo do observador.

Schoendorff, Webster e Polk (2014) apresentam a Matriz como uma "ferramenta de libertação humana que se fundamenta nos recentes avanços na compreensão da aprendizagem e cognição, que estão na base da formação do Treino e da Terapia de Aceitação e Compromisso" (p. 15). Ela também é embasada na teoria comportamental, ainda que não

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

seja necessário saber da teoria para aplicar a Matriz. A ideia é que a Matriz possa ser usada nos mais diversos ambientes, mesmo que as pessoas não saibam por que ela funciona. De toda a forma, este capítulo mostrará, em um primeiro momento, como organizar o diagrama. Depois, apresentará a sustentação teórica do modelo: Teoria Comportamental, Teoria das Molduras Relacionais (abordada no Capítulo 6 deste livro) e Contextualismo Funcional.

Retomando:

- Matriz (ou *Matrix*) originalmente se chamava "A Grade";
- É um diagrama para simplificar os seis processos da ACT;
- Objetiva apresentar e desenvolver a *flexibilidade psicológica*;
- Auxilia na observação das experiências dos sentidos e da mente e da sensação dos comportamentos de aproximação e afastamento.

CONCEITOS IMPORTANTES

Ainda que a Matriz seja um diagrama simples de olhar – pois se trata de duas linhas, uma horizontal e outra vertical, formando quatro quadrantes –, a compreensão dela torna-se possível a partir de alguns conceitos. Mesmo com um forte embasamento teórico (aspectos como ambiente, comportamento e contingências estão em todo o diagrama), não é necessário saber de toda a teoria comportamental para organizar a Matriz e aplicá-la na vida em geral. Os conceitos necessários dizem respeito apenas aos quadrantes em si e serão a seguir.

As experiências dos sentidos e da mente

Pode-se classificar tudo aquilo que se nota/observa que ocorre na vida de duas formas: Experiência dos Sentidos e Experiência da Mente. Experiência não é conceituada aqui como experimento, mas como vivência, sensação, percepção (Hayes, 2005). Age-se, na maioria das vezes, a partir dessas experiências. Essa ação geralmente é automática e

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ocorre devido a aprendizagens e relações verbais estabelecidas anteriormente na vida (ver mais sobre isso no Capítulo 6, que aborda a Teoria das Molduras Relacionais). Comumente, não se diferencia uma experiência sensorial de uma experiência mental. Os estímulos e os acontecimentos na vida ocorrem aos montes, justificando o automatismo da resposta. Porém, a essência da flexibilidade psicológica está em notar a diferença entre essas experiências e comportamentos de aproximação e afastamento (Polk, 2014a), que serão abordados em seguida. Por isso, compreender cada uma dessas experiências é crucial para o entendimento da Matriz e para o desenvolvimento da flexibilidade psicológica.

Experiência dos sentidos

De uma forma bem simples de explicar, a experiência dos sentidos se refere a tudo o que pode ser observado através dos cinco sentidos: visão, audição, gustação, tato e olfato (Polk, 2014b).

É possível fazer um rápido exercício para obter essa experiência. Pegue um objeto qualquer que esteja próximo. Pode ser um copo de vidro, por exemplo. Procure, por um minuto, notá-lo com o máximo dos sentidos possível (gustação, por exemplo, não será possível). Veja-o, toque-o, ouça-o, cheire-o. Isso é notar o que está vindo dos sentidos. Isso é a Experiência dos Sentidos.

Experiência da mente

Já a experiência da mente é tudo aquilo que pode ser notado e que não vem diretamente dos cinco sentidos: pensamentos, emoções, impulsos, imaginações e memórias – que inclui os itens anteriores (Polk, 2014a).

Para compreender melhor, faça novamente o exercício anterior, porém sem que o copo esteja acessível aos sentidos. Ou seja, guarde o copo em um lugar onde nenhum dos sentidos possa captá-lo. Agora, imagine o copo. Qual é a sua cor? Sua textura? Seu barulho? Seu cheiro? Consegues notar? O copo está sendo visto, cheirado, apalpado, ouvido nesse momento? Se não, mas mesmo assim você consegue imaginá-lo, isto é notar o que vem da mente. Isto é a Experiência da Mente.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Deve-se ter cuidado para não considerar a experiência dos sentidos como real e a da mente como irreal. Ambas podem estar sendo vivenciadas, e questionar a realidade de uma ou de outra pode alterar a vivência atual, mas não garante a inexistência de vivências futuras.

Quanto às experiências mentais, elas podem ser classificadas em dois tipos: Ideias Importantes e Experiências Mentais Indesejadas (Polk, 2014b).

Ideias importantes (valores)

São aquelas experiências da mente cuja vivência produz uma sensação de bem-estar. Geralmente, é agradável realizar atividades e comportamentos que nos aproximam dessas experiências. Outra forma de denominar essas ideias importantes é chamando-as de *Valores* (ou o que é importante para a pessoa em questão). Os valores de uma pessoa são ótimos guias de vida, pois, ao realizar ações e ter comportamentos que a aproximam desses valores (ideias importantes), a pessoa tem a sensação de que a vida vale a pena ser vivida (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012). Alguns exemplos de ideias importantes (ou valores) são: amigos, trabalho, família, lazer e caridade/solidariedade.

Claro que é possível ver amigos (o que seria uma experiência dos sentidos), mas geralmente um amigo é importante não pelo que é captado pelo sentido em si – sua altura, a cor de seus olhos, seus cabelos –, mas pelo que ele significa para uma pessoa, pelas memórias agradáveis associadas à amizade, pelo sentimento de carinho recebido do outro, etc. "Significado", "memória" e "sentimento de carinho" são experiências da mente, pois a experiência em si não advém dos sentidos. Note que, além de serem experiências da mente, são agradáveis de sentir e, por isso, são consideradas ideias importantes (valores).

Experiências mentais indesejadas (sofrimento)

Já as experiências mentais indesejadas são aquelas experiências da mente – pensamentos, emoções, impulsos e memórias – que geralmente gostaríamos de não ter, pois são desagradáveis de vivenciar e sentir.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quando vive essas experiências, o indivíduo não se sente bem. Diferentemente das ideias importantes, quanto mais próximo se chega a essas experiências indesejadas, pior a pessoa se sente. Quanto mais se move para longe delas (fuga), melhor se sente (Polk, 2014b).

Outra denominação possível para essas experiências mentais indesejadas é "sofrimento" (Polk, 2014a). Alguns exemplos de sofrimento podem ser: tristeza, raiva, frustração, medo, lembrança de alguma pessoa próxima que faleceu, pensar que é um fracassado, etc.

Retomando:

- **Experiência dos Sentidos:** o que é notado pelos cinco sentidos;
- **Experiência da Mente:** o que é notado e não vem dos cinco sentidos;
- **Ideias importantes (valores):** experiências mentais agradáveis de sentir/vivenciar;
- **Experiências mentais indesejadas (sofrimento):** experiências mentais desagradáveis de sentir e que geralmente produzem um movimento de afastamento delas.

Os comportamentos "Em direção a" e "Afastando-se de"

Comportamentos são todos os atos que se faz. Correr, caminhar, conversar, beber água, gesticular, comer, gritar, abraçar, etc. Todos os comportamentos que se realizam têm uma ou outra função. É possível classificá-los em duas grandes funções: "Em direção a" ou "Afastando-se de".

Comportamentos "Em direção a"

São comportamentos que têm a função de aproximar a pessoa do que lhe é importante. Ao realizá-los, a pessoa está se aproximando das ideias importantes (valores). Não necessariamente faz se sentir bem em curto prazo, mas sim em longo prazo (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012).

Um exemplo desse comportamento pode ser ler este capítulo de livro. Ler é um comportamento (é algo que se está fazendo). Caso "conhecer/saber" seja um valor para você, ler este capítulo tem a função de lhe aproximar de algo que é importante para você: conhecimento/sabedoria.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Porém, pode ser que você tenha que ler este capítulo para estudar para uma avaliação justamente em um dia em que você não gostaria de lê-lo, pois preferiria fazer outra coisa. Nesse contexto, ler este capítulo pode não proporcionar uma sensação agradável no momento, mas pode aproximá-lo do conhecimento que será avaliado em algum momento futuro. Em resumo, ler o capítulo hoje não necessariamente fará você se sentir bem nesse momento, mas o (a) aproximará do conhecimento em longo prazo.

Comportamentos "afastando-se de"

São comportamentos que têm a função de afastar a pessoa das experiências mentais indesejadas. Ao realizá-los, o sofrimento quase que instantaneamente diminui ou desaparece, fazendo com que a pessoa se sinta melhor e/ou aliviada (Polk, 2014a).

Alguns comportamentos "Afastando-se de" podem ser úteis em longo prazo para a pessoa se aproximar do que é importante. Porém, no momento em que o sofrimento é sentido, tais comportamentos têm a função de deixar a pessoa se sentindo melhor, afastando-a do sofrimento. Isso tem a ver com o Autocuidado, um aspecto conceitual importante para a flexibilidade psicológica. Autocuidado envolve realizar ações com zelo/amor próprio enquanto se aproxima de uma vida valorizada. Zelar envolve segurança; e segurança envolve ter comportamentos "Afastando-se de" (já que a função da segurança é evitar um sofrimento futuro). A atenção que se deve ter é que, se o Autocuidado envolver apenas comportamentos "Afastando-se de", não está havendo a flexibilidade psicológica. Como se abordará melhor mais adiante, flexibilidade psicológica abrange ora utilizar comportamentos "Em direção a", ora comportamentos "Afastando-se de" enquanto se direciona para uma vida valorizada.

Retomando:

- **Comportamentos:** todos os atos que se faz. Têm, sempre, uma função.
- **Comportamentos "Em direção a":** têm a função de se aproximar das ideias importantes.
- **Comportamentos "Afastando-se de":** têm a função de se afastar das experiências mentais desagradáveis.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ORGANIZANDO O DIAGRAMA MATRIZ

Kevin Polk e diversos autores fazem uma metáfora da Matriz como uma bicicleta (Lugt, 2014). Assim como não é necessário saber todas as leis da física que regem o andar de bicicleta para saber andar de bicicleta, não é necessário saber, nem explicar, para o cliente ou a pessoa em questão toda a ciência por trás da Matriz (ainda que neste capítulo se discorrerá introdutoriamente sobre isso).

Mesmo que se explique todos os passos de como andar de bicicleta, somente a experiência e a prática fará com que a pessoa ande de bicicleta. O mesmo ocorre com a Matriz. É possível que muitos já realizem o processo da Matriz sem saber.

Quem anda de bicicleta sabe que, para manter o equilíbrio, é necessário fazer pequenos movimentos para um lado e para o outro. Manter-se rígido para um lado ou para o outro fará com que a pessoa caia. Isso é possível observar na Matriz: ter somente comportamentos "Em direção a" ou apenas comportamentos "Afastando-se de" fará com que a pessoa "caia". Aí está a essência da flexibilidade psicológica: mover-se para um lado (comportamentos "em direção a") e depois para o outro (comportamentos "afastando-se de"), observando o caminho (está enxergando – experiência dos sentidos) e mantendo o equilíbrio enquanto se move para frente através de uma vida mais valorizada (ideias importantes – experiência da mente).

A Matriz é uma ferramenta de flexibilidade psicológica. É o notar a diferença dos movimentos enquanto se anda de bicicleta, na metáfora anterior. Notar a diferença é um "comportamento mental" de discriminar e contrastar os conceitos apresentados anteriormente neste texto: experiência mental e experiência sensorial, sensação de comportamentos de aproximação e sensação de comportamentos de afastamento (Polk, 2014a).

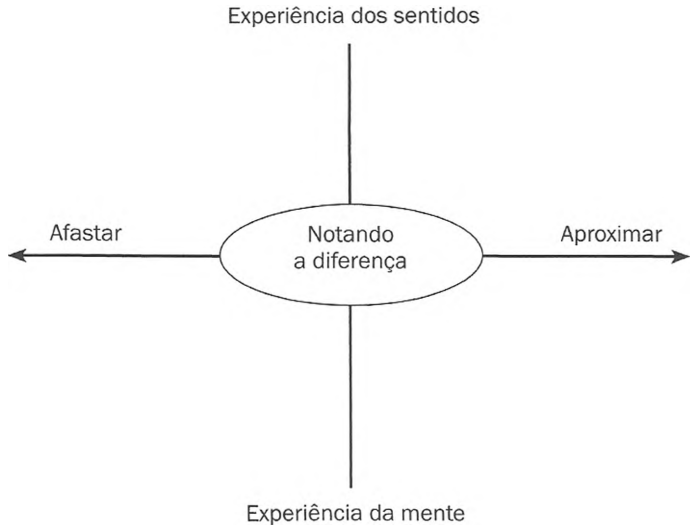
Notar e discriminar estão associados à prática de *Mindfulness* e são a essência da flexibilidade psicológica (Hayes, Pistorello, & Levin, 2012) (leia sobre *mindfulness* nos Capítulos 2-5 desta obra). As experiências dos sentidos e da mente estão, muitas vezes, associadas. Porém, é possível, com treino, diferenciá-las e discriminá-las. A experiência dos sentidos ocorre quando se percebe o que vem do ambiente; já a da mente ocorre quando se relaciona o que vem do ambiente com memórias, pensamentos e emoções. A

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

mente relaciona, categoriza, critica, avalia o que pode vir dela mesma ou dos cinco sentidos. A vida é: (1) parte o que é experienciado pelos sentidos; (2) parte o que é experienciado pela mente; (3) parte constituída de comportamentos para se afastar de algo; e (4) parte para se mover em direção a algo (Polk, 2014b). O treino da Matriz faz perceber a diferença e discriminar essas quatro categorias, desenvolvendo a flexibilidade psicológica e possibilitando o direcionamento para uma vida valorizada.

A Matriz nada mais é do que duas linhas que se cruzam, uma vertical e outra horizontal, formando quatro quadrantes. Na parte superior da linha vertical, escreve-se "Experiência dos Sentidos" e, na inferior, "Experiência da Mente". Na linha horizontal, na parte da esquerda, escreve-se "Afastar" e, na da direita, "Aproximar". Pode haver variações nas palavras em si (e. g., pode-se escrever "Afastar-se de" ao invés de "Afastar"), desde que se mantenha a mesma função. Onde as duas linhas se cruzam, é possível escrever "Notando a diferença", "Eu", "Eu notando a diferença", "Flexibilidade psicológica", entre outros termos que tenham a função de demonstrar uma perspectiva, um distanciamento para observação (Polk, 2014a).



Não há um único caminho para montar o diagrama. Pode-se começar de qualquer um dos quadrantes. Será mostrado um caminho

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

apenas como ilustração, mas, ao final do capítulo, será possível observar que não há um ponto de partida fixo, pois o que importa é notar a diferença e discriminar – e isso pode vir a partir de qualquer quadrante.

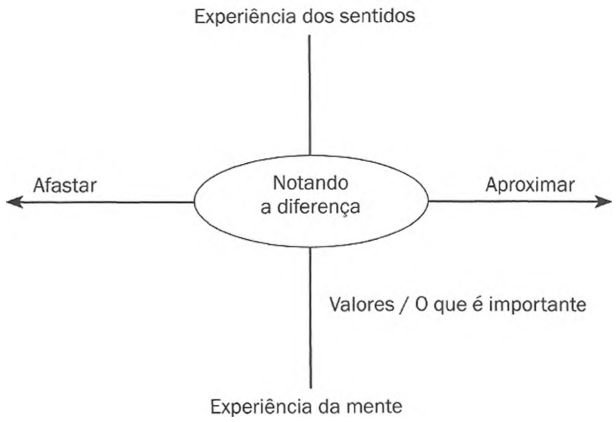
Agora, quero propor-lhe que faça a sua Matriz a partir de suas experiências. Nada melhor do que treinar andar de bicicleta para poder ajudar outros a andar; nada melhor do que treinar a sua própria flexibilidade psicológica para ajudar os demais a desenvolvê-la. Começo perguntando se está disposto a vivenciar isso. Está? Se sim, podemos seguir. Se não, basta seguir lendo o texto e pular as etapas em que proponho alguns exercícios.

Você estaria interessado (a) em uma vida mais valiosa e menos centrada na luta contra o sofrimento? Sim? Então, quero lhe convidar a fazer um rápido exercício. Pegue qualquer objeto que esteja próximo a você. Pode ser uma caneta, um telefone celular, um estojo, algo de comer ou beber. Por um minuto, procure notar o máximo possível desse objeto pelos seus sentidos: visão, audição, tato, olfato e gustação (se o objeto permitir isso – não precisa pôr na boca uma caneta, caso seja o objeto escolhido). Note o que você vê, sente, ouve, cheira, seu peso, sua textura, sua cor. Apenas note como se fosse a primeira vez que estivesse observando esse objeto, como se estivesse desbravando-o, descobrindo-o. Pode fazer o exercício. Agora, largue o objeto em um local que não tenha acesso pelos sentidos e, por um minuto, procure imaginar e vivenciar o objeto em questão. Como ele é, o seu peso, a sua textura, a sua cor, o seu cheio e o seu som. Pode fazer o exercício. Ao final, o que você conclui dessas duas etapas do exercício? Há diferença entre elas? A primeira é o que se chama "Experiência dos Sentidos", e a segunda é o que se chama "Experiência da Mente". Notou a diferença? Isso é o que chamamos de flexibilidade psicológica. Você estaria interessado (a) em saber o que é isso? Sim? Então, podemos continuar.

O que ou quem é importante para você? Para alguns, pode ser família, amigos, esporte, trabalho, ser responsável. Mas, para você, o que ou quem é importante? Pare por um momento, pense nessa resposta e coloque aquilo que é importante para você no quadrante inferior direito da Matriz. Esses são os seus valores e serão o seu Norte para uma vida mais valorizada.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!



Note que valores são experiências mentais que geralmente fazem com que você se sinta bem ao se aproximar deles. Agora, existe outro tipo de experiência mental que é desagradável de sentir, que se pudéssemos escolher, não mais a sentiríamos e, geralmente, sentimo-nos melhor quando nos afastamos dela. A essas experiências dá-se o nome de "Sofrimento". O que, ou quem, você sente, pensa, lembra que é desagradável e classificaria como algo sofrido? Para alguns pode ser um momento de raiva, tristeza, frustração, a lembrança da morte de alguém próximo. E para você? Quais são os seus sofrimentos? Escreva-os no quadrante inferior esquerdo da Matriz.

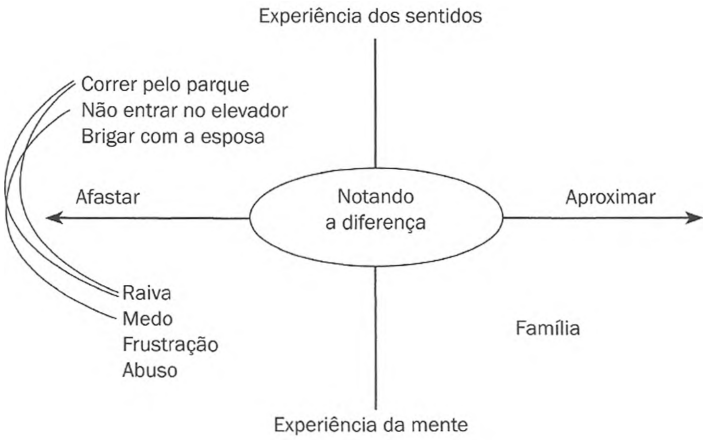
Agora, o que você faz quando está em sofrimento na tentativa de aliviar essa dor? Pergunte-se, porque os comportamentos empregados para

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

se afastar do sofrimento são muito comuns. Algumas pessoas podem caminhar, correr, brigar, lavar a louça, dormir, evitar algum evento social, não entrar em lugares fechados, etc. Esses comportamentos têm a função de manejar o sofrimento, fazendo com que o indivíduo afaste-se dele. Escreva-os no quadrante superior esquerdo da Matriz.

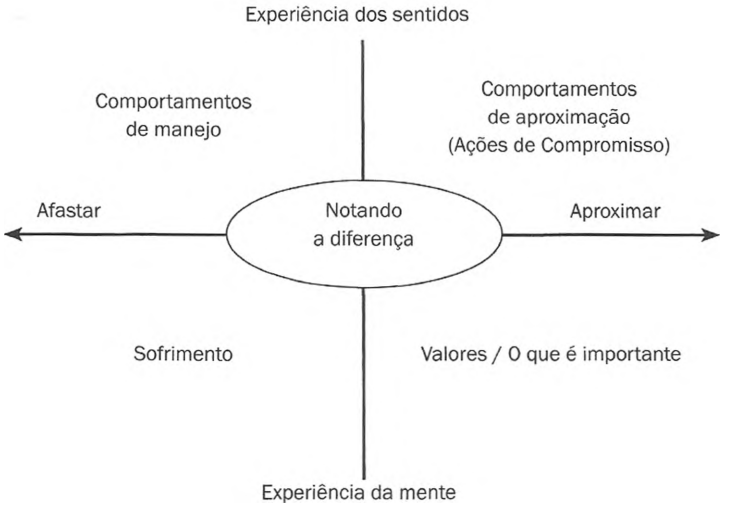
Uma vez que já se tenha uma lista de experiências mentais indesejadas (sofrimento) e uma lista de comportamentos de manejo (ou distanciamento) dessas experiências, ligue, com setas, o sofrimento ao comportamento que você usa para se afastar do sofrimento. Um exemplo dessa etapa do exercício está na página seguinte.



INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Por fim, quais comportamentos você faz ou pode fazer que lhe aproximam do que é importante para você? Em outras palavras, quais ações você faz ou pode fazer que têm a função de lhe aproximar dos seus valores? Para alguns pode ser falar com alguém específico, dormir, caminhar, correr, ler um livro ou um capítulo de livro, ir a um evento social. Observe quais ações de aproximação você faz ou pode fazer e escreva no quadrante superior direito da Matriz.



Se estiver sendo difícil para você citar alguns comportamentos que você pode fazer, pergunte-se o que a pessoa que você gostaria de ser faria para se aproximar do que/quem é importante para você mesmo. Concluindo a Matriz, ligue o valor/ideia importante ao comportamento de aproximação (e. g., "lazer" pode estar relacionado a "ler um livro").

Veja a Matriz recém-feita. Observe o que foi colocado como sofrimento e quais comportamentos são realizados para se afastar/manejar a dor (física ou mental). Note o que/quem é importante para você e quais comportamentos lhe aproximam disso. Isto é a Matriz como instrumento para a flexibilidade psicológica. Ela é uma ferramenta que estimula três passos: Parar, Observar/Discriminar e Es-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

colher. Não há mágica nela. Pratique-a e perceba a diferença entre o sentimento de se mover na direção do que é importante e de se afastar do que é sofrido. É possível ficar a vida inteira se afastando do sofrimento, porém, isso não o (a) levará a uma vida com a sensação de que ela vale a pena (apenas lhe afastará do sofrimento). Ao mesmo tempo, realizar apenas comportamentos que aproximam do que é importante pode deixá-lo (a) desprotegido (a) e exposto (a) ao sofrimento. É importante lembrar-se da bicicleta: movimentos para um lado e para o outro enquanto anda para frente, rumo a uma vida valorizada. Quanto mais se praticar a montagem da Matriz, mais fácil será discriminar comportamentos "Afastando-se de" de "Em direção a".

Retomando:

- **Flexibilidade psicológica:** realizar comportamentos "Afastando-se de" e "Em direção a" enquanto se dirige a uma vida mais valorizada, notando a diferença das experiências da mente e dos sentidos;
- **Matriz** é uma ferramenta de flexibilidade psicológica;
- Pare; Observe/Discrimine; Escolha.

Um mesmo comportamento, duas funções

É possível notar, pelos exemplos dados acima (ou até mesmo pela própria Matriz organizada por você), que um mesmo comportamento pode ser utilizado para se afastar da experiência mental indesejada ou para se aproximar da ideia importante. Isso também é algo que a Matriz permite mostrar ao (a) interessado (a): o foco não no comportamento em si, em sua estrutura ou forma (ou seja, a topografia do comportamento), e sim na sua função. A Matriz visa ser, além de um treinamento de flexibilidade psicológica, um instrumento de Análise Funcional do Comportamento. O objetivo desse tipo de análise é identificar as relações funcionais entre os comportamentos e suas consequências. Em outras palavras, identificar a serviço de que determinado comportamento foi realizado em determinado contexto (Moreira, 2007).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Portanto, um mesmo tipo de comportamento pode ter a função de "Afastar de" ou "Aproximar de". Em um contexto específico, por exemplo, o comportamento de "correr no parque" pode ter a função de se afastar da raiva, de se aproximar da saúde (se saúde for um valor para a pessoa) ou as duas funções ao mesmo tempo. Mesmo que o comportamento seja o mesmo (correr no parque), o importante para a flexibilidade psicológica é notar a função e, a partir dessa nota, poder escolher realizar esse comportamento com essa função ou outro com outra função. Nos casos em que o mesmo comportamento tenha a função de Afastar e Aproximar, é possível atribuir peso para notar melhor a serviço de que esse comportamento está nesse contexto específico.

Se concordar, volte à sua Matriz e observe se ela contém comportamentos semelhantes/iguais tanto no quadrante "Comportamento de Manejo" quanto no "Comportamento de Aproximação". Se sim, atribua um peso a eles, dividindo 100 pontos entre eles. A precisão não é importante. Usando como exemplo, em uma situação em que antes houve uma briga com uma pessoa próxima, o comportamento "correr no parque" pode ter, nesse contexto, um peso 70 para a função "Afastar-se de" e 30 para "Direcionar-se a". O importante na Matriz (e para desenvolver flexibilidade psicológica) é notar a diferença entre funções (e não entre comportamentos em si) e, a partir disso, escolher comportamentos a partir de funções que sejam importantes para a pessoa naquele momento (Polk, 2014b).

Piloto automático e situações gancho

Tende-se, devido aos grandes benefícios associados, a estar automaticamente conectado com a experiência da mente. Isto é inquestionavelmente bom para o desenvolvimento das pessoas. Resolução de problemas, criatividade, raciocínio e memória são experiências mentais que resultam em comportamentos. Esses comportamentos podem se tornar hábitos justamente devido às suas funções de afastamento e/ou aproximação. Ao serem desenvolvidos, os hábitos fazem com que se entre em um módulo "Piloto Automático". Na maior parte do tempo, estamos nesse piloto automático. A car-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

acterística desse estado é agir, viver e responder ao contexto a partir da experiência mental, sem avaliação consciente da função da ação. É agir a partir da mente, ignorando outras possibilidades no próprio contexto (como o ambiente em si ou a relação com outras pessoas). É agir como se o pensamento (ou qualquer outra experiência mental) fosse fato, como se fosse experiência dos sentidos (Hayes, 2005) (leia nos Capítulo 7 e 8 sobre Fusão Cognitiva). Isso ocorre devido a um processo chamado Resposta Relacional Derivada que, de acordo com a Teoria das Molduras Relacionais, é o resultado de como a mente transforma a experiência dos sentidos em experiência mental e, dessa forma, adquire algumas funções da experiência dos sentidos (Torneke, 2010; ver mais sobre Teoria das Molduras Relacionais no Capítulo 6).

A maior parte do tempo, estamos nesse módulo "Piloto Automático", porque isso tem uma função para os seres humanos – e provavelmente envolve proteção e adaptação, pois a espécie ainda permanece viva. Logo, estar nesse módulo não é o problema. O problema é quando não se observa em qual direção de vida esse módulo está, automaticamente, levando a pessoa; em não notar a serviço de que está esse módulo (Afastar-se do sofrimento ou se aproximar do que é importante?). A Matriz é um exercício de "desligar o piloto automático" por alguns instantes para voltar a "ligá-lo" depois.

Esse exercício envolve notar e discriminar as experiências dos sentidos e da mente e como se sente ao se *afastar de* e se *aproximar a*. Notar essas diferenças é o "desligar", é fazer a análise funcional do comportamento. Não dá para fazer a todo o momento, mas quanto mais for realizado, maiores as chances de se dirigir a uma vida valorizada e menos centrada na luta contra o sofrimento. É possível realizar a Matriz em qualquer momento do dia e, como qualquer atividade, quanto mais prática, melhor.

Existem algumas situações que ajudam a lembrar de fazer a Matriz. Essas situações são denominadas *Ganchos* ou *Anzóis* (Schoendorff, Webster, & Polk, 2014). Essas situações são momentos da vida em que se sente uma resposta emocional agradável ou desagradável bastante forte para uma situação. Um exemplo é uma pessoa não ter feito o que você pediu para ela fazer; ao notar que essa pessoa não o fez, se você sentiu algo, nesse momento você foi *enganchado*.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Diversas situações podem enganchar: outro carro lhe cortar no trânsito; a campainha não parar de tocar quando você gostaria de ficar concentrado em algo; você receber um elogio inesperado; alguém dizer "eu te amo"; você ser reprovado em uma disciplina na faculdade, etc. Quando enganchadas, as pessoas têm dificuldades em diferenciar a experiência mental da experiência dos cinco sentidos (Schoendorff et al., 2014). Contudo, essas situações são ótimas ocasiões para treinar a Matriz. Caso aceite, pegue um papel em branco e coloque alguns ganchos que você tenha vivenciado nos últimos dias. Aproveite para notar que tipo de experiência mental você teve durante o gancho (pode ser uma emoção, um pensamento, uma lembrança). Por fim, note o que você está recebendo dos cinco sentidos. Eles estão sendo sempre experienciados, então é fácil notar os cinco sentidos enquanto se vivencia a experiência mental do Gancho.

O tamanho do Gancho (ou Anzol) depende do indivíduo e do contexto. Depende do que está acontecendo agora com a pessoa e ao redor dela. A experiência dos cinco sentidos mais a experiência da mente define o tamanho do gancho (Polk, 2014b). Na verdade, para a flexibilidade psicológica não importa o tamanho do gancho, mas quantas vezes a pessoa se nota enganchada. Quanto mais se notar, maior será a prática de "desligar o piloto automático", o que permitirá escolhas flexíveis e não automáticas.

Após notar o Gancho, note o que você fez logo em seguida e organize essas informações nos quatro quadrantes da Matriz. Quanto mais for treinando isso, mais será possível escolher comportamentos a partir da função deles, podendo direcionar a vida ou para lutar constantemente contra o sofrimento, ou para uma vida valiosa, mesmo que com a vivência episódica do sofrimento.

Retomando

- Matriz é uma ferramenta de Análise Funcional do Comportamento;
- Um mesmo comportamento pode ter a função de afastar do sofrimento e de aproximar do que é importante;
- A maior parte do tempo, estamos ligados no "Piloto Automático", agindo e reagindo com base na experiência da mente;
- Quando enganchadas, as pessoas têm dificuldades de diferenciar a experiência mental da dos cinco sentidos.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

BASES EPISTEMOLÓGICAS E TEÓRICAS DA MATRIZ

Como já foi dito anteriormente, a Matriz é um diagrama que se fundamenta na ACT e, devido a isso, segue os mesmos princípios e bases dessa terapia. A base epistemológica da ACT é o Contextualismo Funcional (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012). Tal visão de ciência (ou de mundo) foi fundamentada por Steven Pepper, através do livro *World Hypotheses: A Study in Evidence*, lançado em 1942. Nesse livro, o autor propõe outra forma de apresentar a ciência. Pepper entende que, diferentemente da filosofia tradicional, como o Positivismo – que tem sua epistemologia e ontologia (teoria) mais formalmente sistematizada –, apresentar o conhecimento através de visões diferentes de mundo, além de respeitar as diferenças, propicia a instituição de uma categoria mais ampla e informalmente organizada. Essas visões de mundo podem ser avaliadas pelo grau de alcance e precisão, como as teorias. As visões filosóficas de mundo seriam embasadas em uma metáfora-raiz e em um critério de verdade (que são inseparáveis, pois um valida o outro).

As metáforas-raízes seriam algo bem conhecido, análogo (e por isso metafórico), que visa explicar as complexidades do mundo. O objetivo é apresentar o ponto de vista do ser ou da existência (ontologia). Já o critério de verdade forneceria a base para avaliar a validade das análises. Seria o ponto de vista sobre a natureza do conhecimento e da verdade (epistemologia). Para Pepper, podemos ver o mundo a partir de quatro visões: Formismo, Mecanicismo, Organicismo e Contextualismo (Fox, 2013).

O Contextualismo apresenta o mundo como um ato (como ler um livro, comer algo, dar aula) que está acontecendo agora, nesse contexto (como no ônibus, no restaurante, na universidade). Vê que as ações são realizadas por alguém com algum propósito em algum contexto. É fortemente baseado no pragmatismo filosófico (presente nas terapias comportamentais contextuais). Utiliza-se bastante a validação e a confrontação, o "Sim, mas..." para auxiliar as pessoas a analisarem suas ações de forma pragmática (Vargas-Mendonza, 2006). Para os contextualistas, o mundo deve ser observado pela complexidade dos seus contextos e pela adaptação permanente à contingência (como já abordado, o comportamento realizado teve uma função, notando-a ou não). O

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

critério de verdade é o "trabalho bem-sucedido" ou a "ação efetiva". O foco é a função e utilidade da verdade, e não a forma dita. Sendo bem pragmático, "o significado de uma ideia é definido por suas consequências práticas e sua verdade pelo grau em que essas consequências refletem uma ação bem-sucedida" (Fox, 2013, p. 56). O Contextualismo é dividido em Descritivo e Funcional.

Para o Contextualismo Funcional, o importante não é o que as pessoas acham que seja verdade, mas o que funciona para elas nas mais diversas situações de vida. É uma extensão teórica do Behaviorismo Radical de Skinner, e seus pressupostos básicos são derivados da visão evolucionista de Darwin. Essa visão influencia uma mudança na forma de ver a saúde: como as pessoas interagem com suas situações de vida determina as consequências do seu comportamento e se o seu comportamento é funcional para direcioná-las ao que é importante para elas (Schoendorff et al., 2014). Em outras palavras, tentar lidar com o sofrimento, buscando não senti-lo mais, não necessariamente levará a pessoa ao que é importante para ela. O critério para saber se o trabalho está sendo bem feito são os valores próprios (ou as ideias importantes) de cada pessoa.

Observar o "Ato no contexto" (metáfora-raiz) para avaliar se o trabalho foi bem feito (critério de verdade) é o fundamento epistemológico da flexibilidade psicológica; e é o que se trabalha na Matriz ao discriminar a experiência dos cinco sentidos e da mente (ato no contexto) e a sensação do comportamento de se aproximar e se afastar (critério de verdade).

Outra base teórica da Matriz (e, obviamente, da ACT) é a Teoria das Molduras Relacionais (ver Capítulo 6), mais precisamente as Respostas Relacionais Derivadas, já abordadas anteriormente neste texto no subtítulo "Piloto Automático e Situações Gancho". Uma Resposta Relacional Derivada começa a ser desenvolvida ainda na infância, ao aprender e desenvolver a linguagem. Ao transformar experiências dos sentidos em experiência da mente, a própria mente comanda, muitas vezes involuntariamente, uma série de associações e relações com outras experiências dos sentidos e da mente, criando um grande quadro de relações. Esse quadro de relações pode gerar respostas diretas (como comportamentos ou outras experiências mentais), sobre o que está sendo sentido pelos cinco sentidos, ou derivadas, ou seja, sem que se esteja vivenciando pelos sentidos –

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

melhor dizendo: as respostas derivadas advêm de relações feitas pela mente, e não do que se está sentindo pelos sentidos no presente momento (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001).

A Matriz, como instrumento de Análise Funcional do Comportamento, favorece a conceitualização comportamental ao apresentar, principalmente nas respostas relacionais derivadas (aquelas advindas dos quadros relacionais e não da experiência direta em si), os comportamentos "afastando-se de" como reforçadores negativos (e, por serem reforçadores, com grande possibilidade de se repetirem) e os "em direção a" como reforçadores positivos. A ACT utiliza as respostas relacionais derivadas apetitivas (ou agradáveis), a qual chama de valores ou o que é importante para a pessoa, como o critério de verdade e como rumo de vida. A Matriz, como ferramenta, utiliza essa mesma experiência mental agradável (os valores) para auxiliar as pessoas a se dirigirem a uma vida valiosa. Dessa forma, a vida da pessoa passa a ser controlada através de consequências apetitivas (valores) e não de consequências aversivas (sofrimento), ainda que o sofrimento possa estar sendo sentido (Schoendorff et al., 2014).

Retomando:

- **A base epistemológica da Matriz é a mesma da ACT:** o Contextualismo Funcional;
- **Contextualismo Funcional:** observar o "ato no contexto" para avaliar se o trabalho foi bem feito;
- **Teoria das Molduras Relacionais:** base teórica da ACT e da Matriz;
- **Respostas Relacionais Derivadas:** experiências mentais derivadas de outras experiências mentais;
- **Comportamentos "Afastando-se de":** Reforçadores negativos;
- **Comportamentos "Em direção a":** Reforçadores positivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste capítulo foi apresentar o modelo Matriz para o desenvolvimento da flexibilidade psicológica, tanto em uma consulta clínica quanto no dia a dia das pessoas. A Terapia de Aceitação e Compromisso não é uma

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

intervenção a ser realizada apenas quando a psicopatologia já está presente na vida da pessoa. Ela também é útil para evitar o seu desenvolvimento ou recorrência ao direcionar o foco, não para a diminuição do sofrimento (reforço negativo), mas para uma vida mais apetitiva/valiosa (reforço positivo).

A Matriz é um diagrama recente. Somente em 2014 foi lançado o primeiro livro sobre o tema (Polk, 2014a). Ela ainda precisa ser mais testada, como instrumento, em pesquisas – ainda que, na verdade, ela seja mais uma técnica de entrevista do que um instrumento psicológico. De toda a forma, como visto neste capítulo, ela não difere em teoria e técnica da ACT e, por isso, já está sendo aplicada a vários contextos (de clínicos a empresariais; de individuais a grupais; de escolas a *workshops*). A Matriz é uma forma simplificada de apresentar os seis processos da ACT (vistos nos Capítulos 7 e 8), tanto para profissionais quanto para clientes, uma vez que a Terapia de Aceitação e Compromisso já apresenta, há alguns anos, resultados de eficácia e efetividade para os mais diversos transtornos, tanto psicológicos como físicos (e. g., ansiedade, depressão e dor crônica – leia mais sobre as evidências da ACT no Capítulo 8 desta obra).

Parar, observar e escolher é exatamente o que é flexibilidade psicológica. Isso só é possível desenvolver com treino – e quanto mais treinar, mais flexível fica. É possível começar agora a organização da Matriz. Para tal, comece por responder a essa pergunta: você está disposto a viver uma vida mais valorizada e menos centrada na luta contra o seu sofrimento? Sim?

REFERÊNCIAS

Fox, E. (2013). *Contextualistic Perspectives*. Acessado em http://ericfox.com/sites/ericfox.com/files/publications/ContextualismChapter.pdf

Hayes, S. C, Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist, 40* (7), 976-1002.

Hayes, S. C. (2005). *Get out of your mind and into your life*: the new acceptance and commitment therapy. Oakland: New Harbinger Publications.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory*: A post-Skinnerian account of human language and cognition. New York: Kluwer Academic/Plenum.

Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Vilardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2014). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy, 44*(2), 180-98.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy:* An experiential approach to behavior change. New York: The Guilford Press.

Lugt, A. A. V. (2014). The Pain Matrix. In: Polk, K. L., & Schoendorff, B. *The Act Matrix:* A new approach to building psychological flexibility across settings & populations (pp.93-108). Oakland: New Harbinger Publications.

Luoma, J., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT*: an acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists. Oakland: New Harbinger Publications.

Moreira, M. B (2007). *Princípios básicos de análise do comportamento*. Porto Alegre: Artmed.

Polk, K. (2014b). *Psychological Flexibility Training (PFT)*: Flexing your mind along with your muscles. Acessado em http://russ-wilson.coffeecup.com/Polk%20Psychological+Flexibility+Training.pdf

Polk, K. L. (2014a). What the Matrix is all about. In: Polk, K. L. & Schoendorff, B. *The Act Matrix:* A new approach to building psychological flexibility across settings & populations. (pp. 1-6). Oakland: New Harbinger Publications.

Schoendorff, B, Webster, M., & Polk, K. (2014). Under the hood: Basic process underlying the matrix. In K. L. Polk & B. Schoendorff. *The act Matrix:* A new approach to building psychological flexibility across settings & populations (pp.15-40). Oakland: New Harbinger Publications.

Törneke, N. (2010). *Learning RFT*: An introduction to relational frame theory and its clinical applications. Oakland: New Harbinger Publications.

Vargas-Mendonza, J. E. (2006). *Pragmatismo, contextualismo y epistemología*: Apuntes para un seminario. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

10 Escalas que Avaliam Construtos da Terapia de Aceitação e Compromisso e Sua Disponibilidade para Uso no Brasil

Paola Lucena-Santos, José Pinto-Gouveia, Renata Klein Zancan e Margareth da Silva Oliveira

A ciência é o melhor instrumento para medir a nossa ignorância.

Paolo Mantegazza

A utilização de instrumentos de medida que avaliam construtos psicológicos tem sido uma prática amplamente difundida em âmbito internacional. A existência de medidas que se destinem a avaliar construtos teóricos, para além de possuírem utilidade clínica, possibilita a realização de pesquisas empíricas que visem melhor compreender a dinâmica existente entre diferentes variáveis na explicação de diversas problemáticas e quadros clínicos, possibilitando a consequente elaboração e respectiva testagem de estratégias de prevenção, intervenção e promoção de saúde. Segundo Urbina (2007), os instrumentos psicológicos são ferramentas que podem ser usadas não só para fins de pesquisas psicológicas como também para a tomada de decisões e o desenvolvimento de autoconhecimento no contexto psicoterapêutico.

Entretanto, para garantir que os instrumentos realmente avaliem o que se propõem a avaliar, é necessário que estejam traduzidos, adaptados transculturalmente e com suas características psicométricas devidamente estudadas. A tradução e adaptação transcultural se faz necessária devido ao fato de que, muitas vezes, o instrumento original é traduzido

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

para outra língua com vistas a ser aplicado a uma nova realidade, a qual pode possuir variações linguísticas, diferenças de valores, de cultura, etc. (Cassepp-Borges, Balbinotti, & Teodoro, 2010). Assim, a realização de uma simples tradução não é recomendada, uma vez que deve sempre levar em consideração as diferenças culturais e de linguagem, o contexto cultural e o estilo de vida, devendo ser feita com base em aspectos técnicos, semânticos e linguísticos (Hunt, Bucquet, Niero, Wiklund, & McKenna, 1991). Isso é particularmente relevante, visto que muitas vezes uma língua não possui uma palavra equivalente à outra, devendo o comitê avaliador estar atento a essas nuances (Cassepp-Borges, Balbinotti, & Teodoro, 2010).

Igualmente importante é o estudo das características psicométricas das medidas para cada cultura em que serão utilizadas, uma vez que mesmo a realização de um rigoroso processo de tradução, adaptação transcultural e validade de conteúdo não elimina a necessidade de outras análises psicométricas (Rubio, Berg-Weger, Tebb, & Rauch, 2003). Vários parâmetros podem ser avaliados no que tange às características psicométricas de instrumentos, como a verificação da *estrutura fatorial*[1], da *consistência interna*[2], das evidências de *validade convergente*[3],

[1] A **estrutura fatorial** é uma análise que produz resultados importantes a respeito da qualidade dos itens e do instrumento como um todo. Tal análise mostra as dimensões que o instrumento está medindo (fatores) e os itens que compõem cada uma dessas dimensões (Pasquali, 2010).

[2] A **confiabilidade, consistência interna**, ou **fidedignidade,** é frequentemente avaliada pelo Coeficiente de Alpha de Cronbach (embora também existam outros índices), sendo que, geralmente, valores maiores ou iguais a α= 0,70 indicam valores aceitáveis (Anderson, Black, Hair, & Tathan, 2009). Quanto maior for o número de itens que compõem determinada escala ou subescala, maior será o valor de Alpha de Cronbach, portanto, em subescalas com poucos itens, pode ser aceitável uma consistência interna ligeiramente menor que o ponto de corte estabelecido (α=0,70). O termo fidedignidade diz respeito ao grau em que os escores obtidos são consistentes, confiáveis ou razoavelmente precisos em relação ao que está sendo medido, ou seja, refere-se à qualidade dos escores, que devem ser suficientemente livres de erros de mensuração para que possam ter utilidade prática (Urbina, 2007).

[3] Fala-se em evidências de **validade convergente** quando um instrumento em particular possui altas correlações com outros instrumentos que avaliam o mesmo construto. Isto serve para demonstrar que boa parte da variância dos escores dessas medidas é compartilhada e que, portanto, existem evidências da semelhança ou identidade dos construtos avaliados (Urbina, 2007). Os estudos de validade convergente podem ser feitos com medidas correlatas ou semelhantes do ponto de vista teórico.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

divergente,[4] etc. Tomados em conjunto, esses parâmetros permitem aos pesquisadores concluírem se aquele instrumento é válido (naquela cultura e naquelas amostras em que foi avaliado) para mensurar o construto que se propõe a avaliar.

Nos últimos anos, tem havido crescente interesse por parte de clínicos, pesquisadores e estudantes da área de saúde mental na Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT; ver Capítulos 6-9 deste livro). Entretanto, há escassez de material na língua portuguesa, tanto em nível de literatura como em nível de instrumentos que acessem os construtos centrais ou correlatos dessa abordagem. Assim, este capítulo objetiva apresentar ao leitor os principais instrumentos existentes para avaliação de construtos da ACT, contendo a área específica de avaliação, referências das validações originais, características gerais das medidas, exemplos de itens, índices de confiabilidade originais e, ainda, fornecer informações atualizadas sobre a disponibilidade e existência de estudos de tradução, adaptação e/ou validação dessas escalas para uso na realidade brasileira. Ademais, quando as escalas em questão foram traduzidas e/ou validadas por um ou mais autores deste capítulo, apresentamos uma ilustração do formato de instruções, opções de resposta, juntamente com um dos itens da versão final.

Assim, como já visto em capítulos anteriores, a ACT objetiva promover a *flexibilidade psicológica*. Dessa forma, passamos a apresentar as medidas que se propõem a avaliar os seis processos centrais da ACT (ver mais sobre os seis processos nos Capítulos 7 e 8 desta obra), isto é, aceitação/evitamento experiencial, fusão/desfusão cognitiva, *mindfulness*, valores de vida, ação comprometida e *self-as-context* (eu-como-contexto ou eu-contextual, em português).

[4] Evidências de **validade discriminante** são baseadas nos **padrões de divergência** entre os escores do instrumento e outras variáveis. Assim, deve haver correlações consistentemente baixas entre medidas que avaliam construtos que teoricamente devem diferir (Urbina, 2007). Correlações negativas entre construtos teoricamente opostos (e. g., flexibilidade psicológica e sintomas depressivos) são frequentemente consideradas na literatura como evidências de **validade divergente**.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INFLEXIBILIDADE PSICOLÓGICA E EVITAMENTO EXPERIENCIAL

Medida geral

O AAQ (*Acceptance and Action Questionnaire;* Bond et al., 2011) é a medida mais amplamente utilizada para avaliação da inflexibilidade psicológica e esquiva experiencial (também chamada de "evitamento experiencial"). O conjunto inicial de itens que compunham essa medida unidimensional foi pensado por pesquisadores e terapeutas ACT. A escala tem se mostrado amplamente útil para predizer qualidade de vida, além de uma diversidade de problemáticas. Devido ao sucesso da medida em avaliar o construto em questão, foram criadas outras versões do AAQ com o objetivo de avaliar a inflexibilidade psicológica especificamente relacionada a contextos e problemáticas específicas.

Entretanto, apesar da existência e utilidade de versões específicas do AAQ, a medida geral continua a ser útil e importante no sentido de possibilitar o estudo de modelos teóricos e de processos terapêuticos relacionados à mudança comportamental (Bond et al., 2011), para além de possibilitar o estudo desse processo em outras problemáticas para as quais versões específicas do AAQ ainda não foram criadas.

Além disso, é importante salientar que o AAQ atualmente é utilizado em estudos no âmbito de várias terapias comportamentais contextuais, não sendo restritamente aplicável à ACT. O AAQ já está em sua segunda versão, uma vez que os estudos psicométricos realizados com a versão original (Hayes et al., 2004) mostraram estrutura fatorial instável e consistência interna baixa. Assim, o instrumento foi refinado, gerando uma versão breve de sete itens (*Acceptance and Action Questionnaire II* – AAQ-II). Essa última versão mostrou que sua estrutura unidimensional é estável em diferentes amostras, com um índice de confiabilidade considerado muito bom (α=0,84 – Alpha de Cronbach médio considerando seis amostras). O instrumento é autoaplicável, e os itens são dispostos em escala Likert de 1 (nunca verdadeira) a 7 (sempre verdadeira) (Bond et al., 2011). O AAQ-II já está disponível para uso no Brasil e apresentou consistência interna de α=0,87 nas amostras brasileiras avaliadas no estudo de Barbosa (2013).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Evitamento experiencial: Supressão dos pensamentos

A supressão de pensamentos é entendida como tentativas deliberadas de evitar ou se livrar de pensamentos indesejáveis. O evitamento experiencial, por sua vez, é um conceito mais amplo que inclui não apenas as tentativas de evitar e/ou controlar pensamentos como também se aplica aos sentimentos, sensações e memórias, por exemplo (Luoma, Hayes, Walser, 2007). Dessa forma, a supressão de pensamentos pode ser entendida como uma forma de evitamento experiencial especificamente relacionado aos pensamentos.

O **Inventário de Supressão do Urso Branco** (*White Bear Suppression Inventory* – WBSI; Wegner & Zanakos, 1994) foi desenvolvido para avaliar a tendência geral de suprimir pensamentos indesejáveis. O instrumento é composto por 15 itens (e. g., "Eu queria conseguir parar de pensar em certas coisas"), sendo que os participantes devem assinalar o seu grau de concordância com cada afirmação utilizando uma escala Likert de 5 pontos (1 = discordo fortemente; 5 = concordo fortemente). Maiores escores indicam maior tendência a suprimir os pensamentos. Na validação original, o instrumento obteve excelente consistência interna (variando entre α= 0,87 e α= 0,89). Os autores deste capítulo não possuem conhecimento de traduções, adaptações e/ou validações brasileiras dessa medida, entretanto existe uma versão portuguesa da escala (J. Pinto-Gouveia, comunicação pessoal, July 27, 2015).

Inflexibilidade psicológica aplicada a contextos e problemáticas específicas

Atualmente, existem diversas medidas destinadas a investigar a inflexibilidade psicológica relacionada a problemáticas e contextos específicos, uma vez que a flexibilidade psicológica geral, que não se direciona a problemas ou circunstâncias particulares, pode não ter tanta importância clínica ou conceitual para essas situações quando comparadas com as versões específicas (Wendell, Masuda, & Le, 2012). Até mesmo os processos que influenciam os resultados de tratamentos (e. g., mediadores e/ou moderadores) podem ser mais bem avaliados por meio de

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

medidas específicas, visto que estas têm se mostrado sensíveis às mudanças na inflexibilidade Psicológica em diversas dificuldades, enquanto que, por vezes, a versão mais geral pode não se mostrar tão sensível (Sandoz et al., 2013). Por exemplo, o AAQ específico para o fumo/tabaco se revelou um significativo mediador dos resultados em um estudo que comparou uma intervenção em ACT para o hábito de fumar com Terapia de Reposição de Nicotina, enquanto que a versão mais geral de inflexibilidade psicológica (AAQ) não se revelou um mediador quando utilizada no contexto dessa problemática (Gifford et al., 2004).

Atualmente, existem versões adaptadas para avaliar a inflexibilidade psicológica aplicada a diversas áreas ou populações específicas, como no manejo da diabetes[5] (Gregg, Callaghan, Hayes, & Glenn-Lawson, 2007), dor[6] (McCracken, Vowles, & Eccleston, 2004), peso[7] (Lillis & Hayes, 2008), fumo/tabaco[8] (Gifford et al., 2004), abuso de substâncias[9] (Luoma, Drake, Hayes, & Kohlenberg, 2011), enfrentamento da epilepsia[10] (Lundgren, Dahl, & Hayes, 2008), imagem corporal[11] (Sandoz, et al., 2013), exercícios físicos[12] (Staats & Zettle, 2012), alucinações auditi-

[5] *Acceptance and Action Diabetes Questionnaire* (AADQ). Os autores da versão original não sabem da existência de nenhuma versão brasileira do instrumento, assim como não possuem conhecimento de nenhum pesquisador que use esse questionário no Brasil (J. A. Gregg, comunicação pessoal, March 19, 2015).

[6] *Chronic Pain Acceptance Questionnaire* (CPAQ). Os autores deste capítulo não obtiveram resposta dos autores originais da medida em correspondência eletrônica enviada para fins de consulta.

[7] *Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties* (AAQ-W). Tradução, adaptação e validação brasileira de responsabilidade dos autores deste capítulo. Maiores informações sobre essa medida são apresentadas neste material.

[8] *Avoidance and Inflexibility Scale* (AIS) *Smoking*. Os autores deste capítulo não obtiveram resposta dos autores originais da medida em correspondência eletrônica enviada para fins de consulta.

[9] *Acceptance and Action Questionnaire – Substance Abuse* (AAQ-AS). Tradução, adaptação e validação brasileira de responsabilidade dos autores deste capítulo. Maiores informações pelo *e-mail* paolabc2.lucena@gmail.com.

[10] *Acceptance and Action Epilepsy Questionnaire* (AAEpQ). Os autores deste capítulo não obtiveram resposta dos autores originais da medida em correspondência eletrônica enviada para fins de consulta.

[11] *Body Image – Acceptance and Action Questionnaire* (BI-AAQ). Tradução, adaptação e validação brasileira de responsabilidade dos autores deste capítulo. Maiores informações sobre essa medida são apresentadas neste material.

[12] AAQ-Ex (*Acceptance and Action Questionnaire for Exercise*). Tradução, adaptação e validação brasileira de responsabilidade dos autores deste capítulo. Maiores informações sobre essa medida são apresentadas neste material.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

vas[13] (Shawyer et al., 2007), *craving* por comida[14] (Juarascio et al., 2011), parentalidade[15] (Cheron, Ehrenreich, & Pincus, 2009), lesão cerebral adquirida[16] (Whiting, Deane, Ciarrochi, McLeod, & Simpson, 2015), discriminação/preconceito[17] (Levin, Luoma, Lillis, Hayes, & Vilardaga, 2014), trabalho[18] (Bond, Lloyd, & Guenole, 2012), entre outros.

Destas, algumas já se encontram traduzidas, adaptadas e/ou validadas para o Brasil, nomeadamente o BIAAQ (*Body Image – Acceptance and Action Questionnaire*; Sandoz et al., 2013), o FAAQ (*Food Craving Acceptance and Action Questionnaiere*; Juarascio et al., 2011), o AAQ-Ex (*Acceptance and Action Questionnaire for Exercise*; Staats & Zettle, 2012) e o AAQ-W (*Acceptance and Action Questionnaire for Weight-Related Difficulties*; Lillis & Hayes, 2008). A seguir, será apresentada uma breve descrição dessas escalas.

FAAQ

O **Questionário de Aceitação e Ação do *Craving* por Comida** (FAAQ; Juarascio et al., 2011) foi desenvolvido para avaliar a flexibilidade psicológica em um contexto onde há grande disponibilidade de comida. Especificamente, o FAAQ avalia a necessidade de controlar as-

[13] *Voices Acceptance and Action Scale* (VAAS) – *Auditory Hallucinations.* Quando interrogado acerca de traduções, adaptações e/ou validações da medida para o português do Brasil, o autor principal nos colocou em contato com os responsáveis pela validação do instrumento em Portugal (F. Shawer, comunicação pessoal, March 18, 2015). Existe uma versão traduzida e adaptada para o português de Portugal, e os responsáveis por essa validação não possuem conhecimento do uso da escala no Brasil (M. J. Martins, March 20, 2015).

[14] *Food Craving Acceptance and Action Questionnaire* (FAAQ). Tradução, adaptação e validação brasileira de responsabilidade dos autores deste capítulo. Maiores informações sobre essa medida são apresentadas neste material.

[15] *Parental Acceptance and Action Questionnaire* (PAAQ). Os autores deste capítulo não obtiveram resposta dos autores originais da medida em correspondência eletrônica enviada para fins de consulta.

[16] *Acceptance and Action Questionnaire-Acquired Brain Injury* (AAQ-ABI). Apenas recentemente (Whiting et al, 2015) foram publicados resultados preliminares da validação original da medida.

[17] *Acceptance and Action Questionnaire – Stigma* (AAQ-S). Os autores da versão original não possuem conhecimento de nenhuma versão brasileira da medida e informaram que há um grupo de pesquisa italiano trabalhando com a medida e que essa seria a única tradução conhecida por eles até o momento (M. E. Levin, comunicação pessoal, March 19, 2015).

[18] *Work-Related Acceptance and Action Questionnaire* (WAAQ). Os autores da versão original não possuem conhecimento de nenhuma versão brasileira dessa medida (F. W. Bond, comunicação pessoal, July 24, 2015).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

pectos experienciais relacionados à comida (como os "cravings" ou desejos intensos por comida) e, por outro lado, a aceitação de experiências internas desconfortáveis e a disponibilidade para agir e comer de uma maneira saudável, mesmo quando isso implica em experiências internas aversivas. A escala é autoaplicável e composta por 10 itens (e. g., "Eu continuo fazendo uma dieta saudável, mesmo quando desejo comer mais do que o necessário ou ingerir alimentos menos saudáveis" e "Mesmo quando eu sinto que quero comer mais do que o necessário, sei que não preciso fazer isso"). Em cada item, os participantes devem assinalar a frequência em que cada situação é verdadeira por meio de uma escala Likert de 6 pontos (1 = quase nunca verdadeira; 6 = sempre verdadeira). O estudo original de validação da escala apontou estrutura de dois fatores: Disponibilidade para regular a alimentação (apesar da presença de *cravings* ou de emoções desconfortáveis associadas a uma alimentação saudável) e Aceitação (avalia o quanto um indivíduo aceita seus pensamentos desconfortáveis relacionados à alimentação). A consistência interna encontrada foi de α=0,84 para Disponibilidade, α=0,84 para Aceitação e α=0,93 para o escore total (Juarascio et al., 2011). A versão brasileira do FAAQ está traduzida, adaptada (ver Figura 10.1), as coletas de dados foram finalizadas e a escala está em fase de análise das propriedades psicométricas (comunicação pessoal – P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira, 2015).

FAAQ

(Juarascio, Forman, Timko, Butryn, & Goodwin, 2011)
(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira, & Pinto Gouveia, 2014)

Instruções: Abaixo você irá encontrar uma lista de afirmações. Por favor, classifique a frequência em que cada afirmação é verdadeira para você. Use a escala a seguir para dar suas respostas:

		Quase nunca verdadeira	Poucas vezes verdadeira	Às vezes verdadeira	Frequentemente verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira
1	Eu continuo fazendo uma dieta saudável, desejo comer mais do que o necessário ou ingerir alimentos menos saudáveis.	①	②	③	④	⑤	⑥

Figura 10.1 Exemplo da versão brasileira da FAAQ.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

AAQ-W

O **Questionário de Aceitação e Ação para Dificuldades Relacionadas ao Peso** (AAQ-W; Lillis & Hayes, 2008) foi desenvolvido para mensurar a flexibilidade psicológica relacionada a ações, sentimentos e emoções desconfortáveis associados ao peso. Especificamente, a escala avalia a aceitação e a desfusão cognitiva de pensamentos relacionados ao peso, assim como o grau em que pensamentos e sentimentos interferem em ações valorizadas. O instrumento é composto por um total de 22 itens, divididos em duas etapas. Na primeira etapa, composta por 10 itens, os participantes devem classificar a frequência em que a situação expressada por cada item é verdadeira para eles (e. g., "Não vejo qualquer problema em me sentir acima do peso" e "Eu como para me sentir melhor quando tenho emoções desagradáveis"), por meio de uma escala Likert de 7 pontos (1 = nunca verdadeira; 7 = sempre verdadeira). A segunda etapa é composta por 12 itens (e. g., "Se eu engordar, isso significa que eu fracassei" e "Meus impulsos alimentares me controlam") onde é solicitado que os respondentes digam o quanto eles acreditam nesses pensamentos (1 = nada acreditável; 7 = completamente acreditável). Alguns itens são cotados de forma inversa (1, 6, 7, 14 e 18) e, em seguida, o escore total pode ser calculado (o qual pode variar de 22 a 154), onde menores pontuações representam maior flexibilidade psicológica. O estudo de validação original da escala apontou boa consistência interna, com Alpha de Cronbach de α=0,88 (Lillis & Hayes, 2008). A versão brasileira do AAQ-W (ver Figura 10.2) passou pelos procedimentos de tradução, adaptação transcultural e validade de conteúdo e, atualmente, encontra-se em fase de análise de dados para a validação psicométrica (comunicação pessoal – P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira, 2015).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

AAQ-W (A)
(Lillis & Hayes, 2008)
(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2014)

Instruções: Abaixo se encontra uma lista de afirmações. Por favor, classifique a frequência com que cada afirmação se aplica a você. Use a escala a seguir para escolher sua resposta.

Nunca verdadeira	Quase nunca verdadeira	Poucas vezes verdadeira	Às vezes verdadeira	Muitas vezes verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira
1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
1. Não vejo qualquer problema em me sentir acima do peso							

AAQ-W (B)
(Lillis & Hayes, 2008)
(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2014)

Instruções: Imagine que os pensamentos a seguir estejam ocorrendo neste momento. Avalie o grau em que você acreditaria em cada um deles. Assim, para cada pensamento, solicitamos que você marque (com um X) um número de 1 a 7, sendo 1 "nada acreditável" e 7 "completamente acreditável", conforme a escala abaixo.

Nada	Quase nada	Pouco	Mais ou menos	Muito	Extremamente	Completamente
1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
11. Se eu estiver com excesso de peso, não serei capaz de viver a vida que eu quero.							

Figura 10.2 Exemplo da versão brasileira do AAQ-W (Parte A e B).

AAQ-Ex

O **Questionário de Aceitação e Ação para o Exercício** (AAQ-Ex; Staats & Zettle, 2012) tem como objetivo ser uma possibilidade de mensuração específica da inflexibilidade psicológica para o contexto da prática de exercícios físicos. Trata-se de uma escala de autorrelato ini-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

cialmente composta por 15 itens, dos quais, após análise psicométrica, permaneceram 11. Os itens versam sobre pensamentos e sentimentos relacionados à prática de exercícios físicos (e. g., "Meus pensamentos negativos sobre atividades físicas me impedem de fazer exercícios" e "Embora possa incluir exercícios físicos na minha rotina, pensar em acrescentar essa nova responsabilidade às que eu já tenho é muito estressante"). Em cada afirmação, o participante deverá sinalizar a frequência em que ela é verdadeira, considerando a sua experiência. As respostas deverão se basear em uma escala Likert de 7 pontos (1 = nunca verdadeira; 7 = sempre verdadeira). Após a inversão do item 8 (versão final de 11 itens), um escore total é calculado, onde maiores pontuações indicam maior inflexibilidade psicológica. O estudo de validação original da escala observou um Alpha de Cronbach de α=0,90 (Staats & Zettle, 2012). O AAQ-Ex já está traduzido, adaptado transculturalmente e apresenta evidências de validade de conteúdo. Atualmente, a versão final para uso na realidade brasileira (ver Figura 10.3) está sendo refinada por meio de estudos de evidências de validade fatorial, convergente, divergente e de consistência interna (comunicação pessoal – P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira, 2015).

AAQ-Ex

(Staats, & Zettle, 2012)

(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2014)

Instruções: Abaixo você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, classifique o quanto cada afirmação é verdadeira para você, circulando o número que mais representa a sua resposta. Use a escala a seguir para fazer a sua escolha:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca verdadeira	Muito pouco verdadeira	Pouco verdadeira	Às vezes verdadeira	Frequentemente verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira

1. Embora possa incluir exercícios físicos na minha rotina, pensar em acrescentar outra responsabilidade às que eu já tenho é muito estressante.	1	2	3	4	5	6	7

Figura 10.3 Exemplo da versão brasileira do AAQ-Ex.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

BI-AAQ

O **Questionário de Aceitação e Ação da Imagem Corporal** (BI-AAQ; Sandoz et al., 2013) foi desenvolvido para avaliar a flexibilidade psicológica em relação a sentimentos e pensamentos relacionados ao corpo/imagem corporal. A escala original é composta por 12 itens (e. g., "Preocupar-me com o meu peso faz com que fique difícil viver uma vida que eu valorize" e "Para controlar a minha vida eu preciso controlar o meu peso") dispostos em uma escala Likert de 7 pontos (1 = nunca verdadeira; 7 = sempre verdadeira). O estudo de validação original verificou que a medida apresentou excelente consistência interna (α=0,92) (Sandoz et al., 2013). No Brasil, o BI-AAQ (ver Figura 10.4) ficou com 11 itens em sua versão final (exclusão do item 6), a qual apresentou estrutura unifatorial – que se manteve estável em diferentes amostras (clínicas e não clínicas) –, com consistência interna observada de α=0,94 para a amostra total e de α=0,93 e α=0,95 para a amostra proveniente da população geral e amostra clínica, respectivamente (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, Barth, & Oliveira, 2015).

BI-AAQ

(Sandoz et al., 2013)

(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2014)

Abaixo você irá encontrar uma lista de afirmações. Por favor, indique a frequência em que cada situação acontece, escrevendo o número que mais representa a sua resposta. Use a seguinte escala de classificação para fazer suas escolhas. Por exemplo, se você acreditasse que uma afirmação é "Sempre Verdadeira", você escreveria "7" ao lado dessa afirmação.

Nunca verdadeira	Quase nunca verdadeira	Pouco verdadeira	Às vezes verdadeira	Frequentemente verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira
1	2	3	4	5	6	7

____ 1. Preocupar-me com o meu peso faz com que fique difícil viver uma vida que eu valorize.

Figura 10.4 Exemplo da versão brasileira do BI-AAQ.

MINDFULNESS

Nesta seção, apresentaremos as escalas que se destinam a avaliar *mindfulness* (ver mais sobre o construto nos Capítulos 2 e 3 desta obra), assim como informações sobre a disponibilidade dessas medidas para uso no Brasil.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Medidas gerais

As medidas de *mindfulness* são utilizadas no contexto clínico e de pesquisa no âmbito de várias terapias contextuais, não sendo restritamente aplicáveis à ACT. Dentre os principais instrumentos de *mindfulness*, temos a MAAS (*Mindful Attention Awareness Scale;* Brown & Ryan, 2003), o FMI (*Freiburg Mindfulness Inventory*; Walach, Bucheld, Buttenmüller, Kleinkmech, & Schmidt, 2006), o KIMS (*Kentucky Inventory of Mindfulness Skills*; Baer, Smith, & Allen, 2004), a CAMS-R (*Cognitive and Affective Mindfulness Scale – Revised*; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, Laurenceau, 2007), o MQ (*Mindulness Questionnaire*; Chadwick, Hember, Mead, Lilley, & Dagnan, 2005), a PHLMS (*Philadelphia Mindfulness Scale*; Cardaciotto et al., 2008) e o FFMQ (*Five Facets Mindfulness Questionnaire;* Baer et al, 2006), os quais serão descritos a seguir.

MAAS

A **Escala de *Mindfulness*** (MAAS; Brown & Ryan, 2003) foi desenvolvida para avaliar *mindfulness* enquanto um atributo ou qualidade única e disposicional da consciência (tendência geral de estar atento e consciente às experiências do momento presente na vida diária). Segundo os autores, até a data em que a escala foi desenvolvida, haviam poucos trabalhos que se destinavam a examinar esse atributo enquanto característica que ocorre naturalmente. Assim, ao mesmo tempo em que reconhecem que praticamente qualquer pessoa possui a capacidade de prestar atenção e de estar consciente, os pesquisadores assumem que: (1) os indivíduos diferem em sua disponibilidade para estar consciente e manter a atenção ao que está ocorrendo no presente; e (2) essa capacidade varia entre as pessoas, uma vez que pode ser "afiada" ou "adormecida" em virtude de uma série de fatores. Assim, a MAAS se propõe a identificar variações intrapessoais e interpessoais em relação a estados de *mindfulness* com o passar do tempo. A escala avalia a presença ou a ausência de atenção e consciência sobre o que ocorre no momento, mais do que em atributos como aceitação, confiança, gratidão, empatia, etc. Os participantes devem indicar com que frequência experienciam cada

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

situação descrita nos itens usando uma escala Likert de 6 pontos (1 = quase sempre; 6 = quase nunca), sendo que altos escores indicam maior *mindfulness*. A escala apresenta estrutura de um fator e é composta por 15 itens, tais como: "Eu poderia experimentar uma emoção e só tomar consciência dela algum tempo depois" e "Eu tenho dificuldade de permanecer focado no que está acontecendo no presente". A consistência interna da medida foi muito satisfatória no estudo original: α=0,82 em amostra de estudantes universitários e α=0,87 em amostra de adultos provenientes da população geral (Brown & Ryan, 2003). Semelhantemente, a versão brasileira do instrumento encontrou consistência interna de α= 0,83 (Barros, Kazasa, Souza, & Ronzani, 2014).

FMI

O **Inventário de *Mindfulness* de Freiburg** (FMI; Walach, Bucheld, Buttenmüller, Kleinkmech & Schmidt, 2006) visa avaliar a observação sem julgamento do que ocorre no momento presente e abertura às experiências negativas. O inventário possui uma versão longa e outra curta, de 30 e 14 itens, ambas com boa consistência interna (α= 0,93 e α= 0,86, respectivamente). Para cada item, o indivíduo deve assinalar a frequência que vivencia determinadas experiências (e. g., "Eu estou aberto (a), disposto (a) pra viver as coisas que podem acontecer a cada instante" e "Eu olho para dentro de mim mesmo (a) e presto atenção ao que está me levando a fazer determinada coisa"), usando uma escala Likert de 4 pontos (1 = raramente; 4 = quase sempre – maiores escores indicam maior *mindfulness*). Apesar de o FMI poder ser usado como uma medida unidimensional através do escore total observado (Walach, Bucheld, Buttenmüller, Kleinkmech, & Schmidt, 2006), estudos recentes utilizando análises estatísticas robustas demonstram que a estrutura de dois fatores (Presença e Aceitação) apresenta melhores propriedades psicométricas do que a estrutura de um fator (Sauer, Ziegler, Danay, Ives, & Kohls, 2013). A tradução e adaptação transcultural da versão breve para a realidade brasileira indicou que a versão final da medida apresenta adequados níveis de clareza e equivalência ao instrumento original. Esse estudo contou com um comitê composto por 14 especialistas incluindo linguistas, budistas e profissionais da

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

saúde. Na versão brasileira, foram incluídas explicações adicionais devido às dificuldades encontradas pelos brasileiros na compreensão dos conceitos, uma vez que o FMI é uma das primeiras medidas de autorrelato que avalia *mindfulness* com uma base teórica alicerçada na psicologia budista, que foi culturalmente adaptada para o português do Brasil (Hirayama, Milani, Rodrigues, Barros, & Alexandre, 2014). O estudo brasileiro de validação da versão breve do FMI foi recentemente realizado, sendo que a versão final reteve 13 itens (exclusão do item 13 à semelhança de estudo anterior – Sauer, Ziegler, Danay, Ives, & Kohls, 2013), além de encontrar boa consistência interna, com coeficientes Alpha de Cronbach variando entre α=0,87 e α=0,92 (Hirayama, 2014).

KMIS

O **Inventário Kentucky de Habilidades de *Mindfulness*** (KIMS; Baer, Smith, & Allen, 2004) é composto por 39 itens desenvolvidos para avaliar a tendência geral de estar *mindful* na vida diária, subdivididos em quatro dimensões/habilidades de *mindfulness*: observar, descrever, agir com consciência e aceitar sem julgar. Os participantes devem avaliar cada item em uma escala Likert de 5 pontos que varia de 1 (nunca ou muito raramente é verdade) a 5 (quase sempre ou sempre é verdade). O instrumento apresentou boa consistência interna em todas as subescalas: Observar: α= 0,91; Descrever: α= 0,84; Agir com consciência: α= 0,76; e Aceitar sem julgamento: α= 0,87 (Baer, Smith, & Allen, 2004). A autora da medida recomenda o uso da FFMQ (apresentada abaixo), que foi desenvolvida a partir do KIMS (R. Baer, comunicação pessoal, March 17, 2015) e que já está disponível para uso no Brasil.

CAMS-R

A versão revisada da **Escala *Mindfulness* de Cognições e Afetos** (CAMS-R; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson, Laurenceau, 2007) possui 12 itens criados para avaliar *mindfulness* sob uma perspectiva e conceitualização mais amplas, utilizando linguagem simples a fim de permitir o uso da medi-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

da em diferentes amostras. A CAMS-R possui uma versão longa com 18 itens (CAMS), que se trata da versão inicial do instrumento. Contudo, a versão inicial foi primeiramente testada em amostra pequena de pacientes deprimidos em tratamento (Hayes, Beevers, Feldman, Laurenceau, & Perlman, 2005), sendo que a estrutura fatorial da medida não foi avaliada nessa amostra. Ademais, a CAMS revelou problemas psicométricos, como consistência interna baixa e estrutura fatorial não consistente em diferentes amostras, de forma que a CAMS-R (CAMS-*Revised*) foi desenvolvida com o objetivo de preencher essa lacuna (Feldman, et al., 2007). A escala foi refinada a partir de um conjunto inicial de 35 itens (18 da versão inicial e outros 17 desenvolvidos por um grupo de pesquisadores com experiência em *mindfulness*, regulação emocional e desenvolvimento de questionários), dos quais 12 foram retidos. A CAMS-R apresenta boa consistência interna em amostras independentes (com $\alpha \geq 0{,}74$) e contempla a avaliação de quatro componentes de *mindfulness*: atenção (habilidade para regular a atenção), foco no presente (orientação para o presente ou experiência imediata), consciência (consciência da experiência) e aceitação (atitude de aceitação sem julgamento da experiência). Os autores deste capítulo não possuem conhecimento de traduções, adaptações e/ou validações brasileiras dessa medida.

MQ

O **Questionário de *Mindfulness*** (MQ; Chadwick, Hember, Mead, Lilley, & Dagnan, 2005) é formado por 16 itens que avaliam o quanto a pessoa lida com pensamentos e imagens desconfortáveis de uma forma *mindful*. Todos os itens começam com "Geralmente, quando eu experiencio pensamentos ou imagens desconfortáveis..." e terminam com uma maneira *mindful* de lidar com isso (e. g., "Eu sou capaz de aceitar a experiência"). Os itens devem ser respondidos usando uma escala Likert de 7 pontos (de "concordo totalmente" a "discordo totalmente"). O instrumento possui estrutura de um fator e boa consistência interna ($\alpha = 0{,}89$). Os autores deste capítulo não possuem conhecimento de traduções, adaptações e/ou validações brasileiras dessa medida.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

PHLMS

A **Escala Filadélfia de *Mindfulness*** (PHLMS; Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra, & Farrow, 2008) foi desenvolvida com o intuito de avaliar duas dimensões distintas e centrais de *mindfulness*: consciência (componente comportamental de *mindfulness*, isto é, consciência do presente momento, caracterizada como uma monitorização contínua da experiência, focando-se no que está acontecendo ao invés de se preocupar com eventos passados ou futuros) e aceitação (de que forma o comportamento – consciência do presente momento – é emitido, isto é, com uma atitude de abertura e aceitação sem julgamentos e/ou tentativas de mudar, evitar ou escapar das experiências internas). Os autores da escala conceitualizam *mindfulness* como a tendência de estar consciente de suas próprias experiências internas e externas ao mesmo tempo em que há uma aceitação sem julgamentos dessas experiências. A versão final da PHLMS possui 20 itens com estrutura de dois fatores (10 itens em cada subescala, sendo que os itens do fator *aceitação* são inversamente cotados) e boa consistência interna, sendo α= 0,85 para Aceitação e α= 0,81 para Consciência. A escala contém itens como: "Há aspectos referentes a mim sobre os quais eu não quero pensar" e "Eu estou ciente de quais pensamentos estão passando em minha mente", sendo que os participantes devem assinalar com que frequência experienciaram cada situação descrita na última semana, usando uma escala Likert de 5 pontos (0 = nunca; 4 = muito frequentemente). Os valores de Alpha de Cronbach obtidos no estudo brasileiro foram semelhantes aos valores observados no estudo original (α=0,86 para Aceitação e α=0,82 para Consciência; Silveira, Castro, & Gomes, 2012).

FFMQ

O **Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness*** (FFMQ; Baer et al, 2006) foi desenvolvido a partir de outras medidas de *mindfulness* até então existentes (MAAS, FMI, KIMS, CAMS e MQ). Os participantes do estudo responderam a todos os instrumentos, sendo o conjunto total de itens das escalas submetido a análises fatoriais. Como resultado, os autores encontraram dados que suportam a conceitualização de *mindfulness* como um construto multifacetado e desenvolveram a FFMQ, apresentando-a

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

como uma alternativa à KIMS para a avaliação multidimensional de *mindfulness* (a FFMQ avalia as quatro facetas mensuradas pela KIMS e acrescenta mais uma: a faceta de *não reatividade*). A FFMQ possui 39 itens, subdivididos em cinco fatores, todos com adequada consistência interna:

- Observar (α= 0,83): refere-se a observar, notar e/ou prestar atenção aos estímulos, incluindo experiências internas como sensações corporais, emoções e cognições; e experiências externas como sons e cheiros;
- Descrever (α= 0,91): descrever ou rotular os fenômenos observados através da atribuição de palavras;
- Agir com consciência (α= 0,87): engajar-se nas próprias atividades com atenção ou consciência, ou focar conscientemente uma coisa de cada vez; o contrário do piloto automático;
- Não julgamento das experiências internas (α= 0,87): permitir, aceitar e ter uma postura não crítica ou avaliativa acerca da experiência do momento presente; e
- Não reatividade (α= 0,75): postura de aceitação das experiências sem reações impulsivas a elas, como permitir que pensamentos e sentimentos ocorram sem ficar "preso" ou se deixar "levar" por tais experiências.

Os participantes devem responder a cada item utilizando uma escala Likert de 5 pontos que varia de 1 (nunca ou muito raramente é verdade) a 5 (quase sempre ou sempre é verdade) (Baer et al, 2006). A FFMQ já está validada no Brasil e mostrou boa consistência interna geral (α= 0,81) (Barros, Kozasa, Souza, & Ronzani, 2014).

Medida específica

O *comer mindful*, da expressão inglesa *mindful eating*, refere-se a uma consciência não julgadora de sensações físicas e emocionais experienciadas em contextos relacionados à comida ou vivenciadas enquanto comemos (Framson et al., 2009), podendo ser avaliado através do *Mindful Eating Questionnaire* (MEQ; Framson et al., 2009), descrito a seguir.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

MEQ

Os autores do **Questionário de Comer *Mindful*** (MEQ) teorizam que as habilidades de comer *mindful* são úteis para reconhecer e responder à saciedade ou a estímulos inapropriados para comer (como publicidade, aborrecimento ou ansiedade). A lista de potenciais construtos a serem avaliados pela escala foi criada a partir da literatura científica (incluindo medidas já desenvolvidas) na área de *mindfulness* e comportamento alimentar. Os construtos de Desinibição (continuar comendo, mesmo depois de estar satisfeito), Estímulos externos (comer em resposta a estímulos ambientais) e Comer emocional (comer em resposta a estados emocionais) foram baseados em três medidas já conhecidas na área do comportamento alimentar: *Three Eating Factor Questionnaire* (Stunkard & Messick, 1985), *Dutch Eating Behavior Questionnaire* (van Strien, Frijters, Bergers, & Defares, 1986) e *Emotional Eating Scale*[19] (Arnow, Kenardy, & Agras, 1995). Após o estudo da MAAS, FMI, KIMS, CAMS, MQ e FFMQ (escalas já descritas neste capítulo), os construtos Observar e Consciência (ver descrições anteriores, nas medidas gerais de *mindfulness*) foram utilizados pelos pesquisadores como embasamento para criação das dimensões de Consciência Organoléptica (que ficou denominada "Consciência" e que se refere a estar atento e apreciar a comida e seus efeitos nos sentidos) e Distração (estar atento ou focar-se em outras coisas enquanto come). Assim, foi gerado um total de 40 itens e, após análise psicométrica, a versão final do MEQ ficou com 28 itens, subdivididos em cinco subescalas:

(1) Desinibição (oito itens; α= 0,83): e. g. "Independentemente do tamanho da minha fome, se não for muito mais caro, eu peço a opção com maior quantidade de comida/bebida";

(2) Consciência (sete itens; α= 0,74): e. g. "Eu noto a presença de sabores quase imperceptíveis nos alimentos que como";

(3) Estímulos externos (seis itens; α= 0,70): e. g. "Eu percebo quando propagandas de alimentos me deixam com vontade de comer";

[19] Os autores deste capítulo são responsáveis pela validação brasileira dessa medida e poderão ser contatados pelos leitores em caso de interesse em utilizar a escala.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

(4) Respostas emocionais (quatro itens; α= 0,71): e. g. "Quando estou triste, como para me sentir melhor"; e
(5) Distração (três itens; α= 0,64): e. g. "Eu penso em outras coisas enquanto estou comendo".

Os respondentes são instruídos a assinalar a frequência em que ocorre cada situação descrita nos itens usando uma escala Likert de 4 pontos (de "nunca/quase nunca" a "quase sempre/sempre"), sendo que quatro itens possuem uma opção que indica que aquela situação não se aplica. Os escores de cada subescala são computados pelas médias dos itens[20], não contabilizando aqueles itens em que a opção não aplicável foi assinalada (as médias das subescalas podem variar de 1 a 4, sendo que o escore total é computado pela média das cinco subescalas; maiores escores indicam maior comer *mindful*). A versão brasileira do MEQ está traduzida, adaptada transculturalmente (ver Figura 10.5) e se encontra em fase de análise de dados.

MEQ

(Framson et al., 2009)
(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2014)

Instruções: Por favor, leia os itens abaixo e assinale a frequência em que cada situação descrita acontece com você, de acordo com a escala de respostas abaixo:

Questão	Nunca/quase nunca	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre/sempre
1. Eu como de forma tão rápida que não aprecio o sabor do que estou comendo.				

Figura 10.5 Exemplo da versão brasileira do MEQ.

[20] A escala possui itens específicos que devem ser invertidos antes de calcular as médias das sub-escalas. Maiores informações acerca do cômputo dos escores podem ser vistas em http://sharedresources.fhcrc.org/sites/default/files/MindfulEatingQSample.pdf.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

FUSÃO

Conforme já abordado nesta obra, segundo a ACT, a *fusão* é entendida como um processo transdiagnóstico que exerce papel central na compreensão da psicopatologia (Hayes et al., 1999), visto que contribui para a *inflexibilidade psicológica* (ver mais sobre fusão cognitiva e inflexibilidade psicológica nos Capítulos 7 e 8 deste livro). Esta seção apresentará medidas de fusão e de desfusão gerais e especificamente elaboradas para a utilização em contextos e/ou problemáticas específicos.

Desfusão

A **Escala de Desfusão de Drexel** (*Drexel Defusion Scale* – DDS; Forman, Herbert, Juarascio, Yeomans, Zebell, Goetter, & Moitra, 2012) se destina a avaliar a desfusão, i.é., a habilidade de atingir uma distância psicológica das experiências internas (como pensamentos, sentimentos e memórias) de forma que os pacientes consigam ver seus pensamentos como "apenas pensamentos", mudando a maneira como se relacionam com suas experiências subjetivas. A DDS possui 10 itens, estrutura de um fator e apresenta consistência interna muito boa (α= 0,83). Os participantes devem ler a definição de desfusão, assim como as instruções da escala e, em seguida, assinalar o grau em que normalmente conseguem se desfusionar ao experienciar determinados pensamentos ou sensações físicas apresentados e exemplificados em cada item. As respostas são em formato de escala Likert de 6 pontos (0 = nada; 5 = muito). Os autores deste capítulo não possuem conhecimento de traduções, adaptações e/ou validações brasileiras dessa medida.

Fusão cognitiva

Até recentemente não existia uma medida que se destinasse a avaliar a fusão cognitiva genericamente, i.é., visando apreender a totalidade desse processo psicológico. Assim, estudos realizados na área

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

que objetivaram explorar a fusão cognitiva utilizaram medidas proximais (que acessam construtos semelhantes e/ou relacionados) como, por exemplo, o *Experience Questionnaire* (EQ – descrito neste capítulo). Assim, levando em consideração a necessidade de uma medida que fornecesse um escore geral de fusão cognitiva, foi desenvolvido o *Cognitive Fusion Questionnaire* (CFQ; Gillanders et al., 2014), que será descrito a seguir.

Medida geral: CFQ

O **Questionário de Fusão Cognitiva** (CFQ; Gillanders et al., 2014) foi desenvolvido com o intuito de apreender a fusão cognitiva enquanto um processo geral, sem ser direcionado a contextos ou problemáticas específicos. Inicialmente, a escala possuía 42 itens que foram sendo progressivamente refinados, de maneira que foram criadas as versões com 28 e com 13 itens para, só então, ser desenvolvida a versão final com sete itens. O CFQ-7 se destina a avaliar a fusão cognitiva, i.é., o grau em que uma pessoa tende a ficar presa em suas experiências internas (e. g., pensamentos e memórias). Os respondentes devem assinalar o grau de concordância com cada uma das afirmações (e. g., "Meus pensamentos me causam angústia ou sofrimento emocional") usando uma escala Likert de 7 pontos (1 = nunca verdadeira; 7 = sempre verdadeira). O escore total é calculado através do somatório dos itens e, quanto maior o escore, maior a fusão cognitiva. A validação original encontrou consistência interna excelente (Alpha de Cronbach variou entre α= 0,88 e α= 0,93) (Gillanders, et al., 2014). O instrumento passou pelos procedimentos de tradução, adaptação transcultural (ver Figura 10.6) e validade de conteúdo para a realidade brasileira e, após análise das propriedades psicométricas, foi confirmada a estrutura de um fator em três amostras distintas (estudantes universitárias, participantes provenientes da população geral e amostra clínica de participantes com sobrepeso/obesidade em tratamento para perda de peso), com Alpha de Cronbach geral de α= 0,93 (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, Zancan, Souza, Barth, & Oliveira, 2015).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

CFQ-7

(Gillanders, et al., 2014)

(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2014)

Instruções:

Abaixo você irá encontrar uma lista de afirmações. Por favor, classifique a frequência com que cada afirmação é verdadeira para você, indicando o número correspondente. Use a escala abaixo para fazer sua escolha.

Nunca verdadeira	Quase nunca verdadeira	Poucas vezes verdadeira	Às vezes verdadeira	Muitas vezes verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira
1	2	3	4	5	6	7

1.Meus pensamentos me causam angústia ou sofrimento emocional	1	2	3	4	5	6	7

Figura 10.6 Exemplo da versão brasileira do CFQ-7.

Medida proximal: EQ

A descentração é conceitualizada como a habilidade de observar os próprios pensamentos e sentimentos como eventos temporários (i.é., capacidade de ter uma visão distanciada). Essa capacidade é focada no presente e envolve uma atitude não julgadora, além da aceitação de pensamentos e sentimentos. De fato, a descentração é um construto que teve alguma importância na tradição cognitivo-comportamental, sendo teorizada como um importante mecanismo de mudança na Terapia Cognitiva, uma vez que, ao fornecer a oportunidade de experiencialmente desconfirmar crenças disfuncionais, ou ao identificar de que forma suas crenças influenciam suas interações com outras pessoas, os pacientes começam a reconhecer como as suas próprias realidades são moldadas de forma ativa e, em última instância, que seus pensamentos e sentimentos não refletem necessariamente a realidade objetiva. Assim, ainda que ajudar os pacientes a aprender como se descentrar seja um objetivo principal das abordagens baseadas em *mindfulness* e aceitação, a descentração pode também ocorrer em resposta à Terapia Cognitiva bem-sucedida (Safran & Segal, 1990; Fresco, et al., 2007).

O **Questionário de Descentração** (EQ; Fresco et al., 2007) é utilizado para avaliar a descentração ou a *desidentificação* com o conteúdo de pensamentos negativos. Inicialmente, a escala possuía 20 itens que, após análise psicométrica, foram refinados, gerando a versão unifatorial de 11

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

itens (e. g., "Eu percebo que considero as dificuldades como coisas que não acontecem apenas comigo"). É solicitado aos participantes que assinalem a frequência em que experienciam as situações descritas nos itens utilizando uma escala Likert de 5 pontos (variando de "nunca" a "sempre"). A validação original da medida encontrou consistência interna muito boa (Alpha de Conbranch variando de α= 0,83 a α= 0,90 em amostras clínicas e não clínicas). Os autores deste capítulo são responsáveis pela validação brasileira dessa medida (ver Figura 10.7), a qual está na etapa final de análise de dados.

EQ

(Fresco et al., 2007)

(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2014)

Instruções: Escolha uma das respostas da escala abaixo, para indicar a frequência com que você tem tido experiências semelhantes às descritas em cada item. Por favor, considere suas experiências recentes ao indicar sua resposta.

	Nunca	Quase nunca	Algumas vezes	Quase sempre	Sempre
1. Eu me aceito como sou.					

Figura 10.7 Exemplo da versão brasileira do EQ.

Medidas específicas

BAFT

O **Questionário de Acreditabilidade em Pensamentos e Sentimentos Ansiosos** (*Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire* – BAFT; Herzberg, Sheppard, Frsyth, Credém, Earleywine, & Eifert, 2012) foi desenvolvido para avaliar a tendência de se fundir com pensamentos e sentimentos ansiosos. Um conjunto inicial de 23 itens foi criado juntamente com dois especialistas internacionais em ACT e transtornos ansiosos. Após análises psicométricas, a versão final ficou com 16 itens subdivididos em três fatores:

- Preocupações somáticas: tendência de se fundir e ficar enredado em preocupações de natureza física. E. g., "Sensações corporais incomuns são assustadoras, e eu necessito fazer algo para reduzir ou me livrar disso, para que eu possa ser capaz de fazer qualquer outra coisa";

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

- Regulação emocional: tendência de se fundir e ficar preso em uma luta excessiva com o controle das emoções. E. g., "Eu tenho que fazer algo com a minha ansiedade ou medo quando essas emoções aparecem"; e
- Avaliação negativa: tendência de se fundir com avaliações negativas de sentimentos e pensamentos ansiosos. E. g., "Meus pensamentos e sentimentos ansiosos são um problema".

Os participantes devem indicar o quanto eles acreditam nas afirmações contidas em cada um dos itens usando uma escala Likert de 7 pontos (1 = nada acreditável; 7 = completamente acreditável). A escala original apresentou excelente consistência interna geral (variando entre α=0,90 e α=0,91, em diferentes amostras). Os autores deste capítulo não obtiveram resposta dos autores da medida após correspondência eletrônica enviada para fins de consulta acerca da existência de tradução ou validação brasileira do questionário.

ATQ-B

O **Questionário de Pensamentos Automáticos – Acreditabilidade** (*Automatic Thoughts Questionnaire – Believability* – ATQ-B; Zettle & Hayes, 1986) – é uma revisão do ATQ (*Automatic Thoughts Questionnaire*; Hollon & Kendall, 1980). O ATQ é a medida mais utilizada em estudos sobre depressão que examinam o impacto da Terapia Cognitiva. Ele avalia a frequência em que determinados pensamentos depressivos ocorrem. O ATQ-B possui 30 itens, e tem sido utilizado pela comunidade ACT como uma medida proximal de desfusão, contendo duas sub-escalas, a ATQ-*Frequency* e a ATQ-*Believability*. Esta última avalia o grau em que os pacientes acreditam em cada pensamento, ou o grau em que estão fusionados com eles. No Brasil, segundo informações de um dos autores, o ATQ-B não foi validado ou utilizado até o momento (R. D. Zettle, comunicação pessoal, March 19, 2015).

CFQ-BI

O **Questionário de Fusão Cognitiva relacionada à Imagem Corporal** (*Cognitive Fusion Questionnaire – Body Image* – CFQ-BI; Ferreira, Trindade, Duarte, & Pinto-Gouveia, 2014) mede o grau em que os indivíduos se

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

tornam fundidos com suas cognições relativas à própria imagem corporal. O CFQ-BI originalmente tinha um *pool* de 32 itens, sendo 28 itens desenvolvidos a partir da versão de 28 itens do CFQ (Gillanders et al., 2010), os quais foram adaptados para avaliar especificamente a fusão com pensamentos relacionados à imagem corporal. Os quatro itens adicionais foram criados com base na experiência clínica de pesquisadores na área do comportamento alimentar. A versão final da medida possui 10 itens e Alpha de Cronbach de α=0,96. O instrumento contém itens como "Os pensamentos relacionados à imagem que tenho do meu corpo me deixam desconfortável e/ou me causam sofrimento emocional" e "Fico distraído do que estou fazendo por causa dos pensamentos sobre a imagem que tenho do meu corpo", sendo que os participantes devem avaliar a veracidade das declarações em uma escala Likert de 7 pontos (1 = nunca verdadeira; 7 = sempre verdadeira). No Brasil, o instrumento passou pelos procedimentos de tradução, adaptação transcultural e validade de conteúdo (ver Figura 10.8). As análises psicométricas no Brasil revelaram excelente consistência interna (α= 0,95), e confirmaram a estrutura de um fator simultaneamente em duas amostras: (1) amostra proveniente da população geral; e (2) amostra clínica de participantes com sobrepeso e/ou obesidade em tratamento para perda de peso (Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2015).

CFQ-BI

(Ferreira, Trindade, Duarte, & Pinto Gouveia, 2014)
(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Pinto-Gouveia, & Oliveira, 2014)

Instruções: Abaixo você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, classifique o quanto cada afirmação é verdadeira para você, circulando o número correspondente à resposta que mais se aplica. Responda usando a seguinte escala:

Nunca verdadeira	Muito raramente verdadeira	Raramente verdadeira	Às vezes verdadeira	Frequentemente verdadeira	Quase sempre verdadeira	Sempre verdadeira
1	2	3	4	5	6	7

1. Os pensamentos relacionados à imagem que tenho do meu corpo me deixam desconfortável e/ou me causam sofrimento emocional.	1	2	3	4	5	6	7

Figura 10.8 Exemplo da versão brasileira do CFQ-BI.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

VALORES DE VIDA E AÇÃO COMPROMETIDA

Valores são experienciados subjetivamente como princípios livremente escolhidos para guiar os comportamentos e não devem ser confundidos com as expectativas ou princípios encorajados por outras pessoas ou pela cultura na qual o indivíduo está inserido – não significa que os valores escolhidos não possam estar de acordo com o que é valorizado no contexto em que se está inserido, mas não devem ser "escolhidos" simplesmente com o objetivo de evitar punições sociais ou avaliações negativas (Hayes et al., 1999). Segundo Hayes, Strosahl e Wilson (1999), todas as técnicas da ACT estão eventualmente subordinadas a ajudar os pacientes a viver de acordo com seus valores de vida (maiores informações nos Capítulos 7 e 8 deste livro). Assim, medidas validadas que se destinem a avaliar os valores de vida são de extrema importância para a mensuração de mudanças após intervenções ACT (Smout, Davies, Burns, & Christie, 2014). Nesta seção, apresentaremos algumas escalas destinadas a avaliar os valores de vida e as ações comprometidas com esses valores.

VLQ

O **Questionário de Valores de Vida** (*Valued Living Questionnaire* – VLQ; Wilson et al., 2010) é composto por 20 itens subdivididos em duas partes (contendo 10 itens cada, sendo que cada item avalia um domínio de vida). A primeira parte (subescala *importância*) se destina a avaliar o grau de importância que cada indivíduo atribui a diferentes domínios de vida (como relações familiares, trabalho/atividade laboral e espiritualidade/religião), em que cada item deve ser respondido com base em uma escala Likert de 10 pontos (0 = nada importante; 10 = extremamente importante). A segunda parte (subescala *consistência*) visa mensurar o quanto as ações da semana anterior foram condizentes com cada um dos domínios, em que cada item também deve ser respondido com base em uma escala Likert de 10 pontos (0 = nada consistentes com meus valores; 10 = completamente consistentes com meus valores). Os autores recomendam multiplicar a pontuação da subescala Importância pela pontuação da subescala Consistência para cada domínio e, em seguida,

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

fazer o somatório desses produtos, de forma a calcular os escores obtidos pelos participantes em cada área. O estudo original verificou que o instrumento apresenta índices de consistência interna satisfatórios (Alpha de Cronbach de α= 0,77 e α= 0,75 para as subescalas de Importância e Consistência, respectivamente). No Brasil, o instrumento está traduzido, adaptado (ver Figura 10.9) e se encontra em fase de análise de dados (comunicação pessoal – P. Lucena-Santos, J. Pinto-Gouveia, & M. S. Oliveira, 2015).

VLQ

(Wilson, Sandoz, & Kitchens, 2010)

(Tradução e adaptação brasileira: Lucena-Santos, Oliveira, & Pinto-Gouveia, 2014)

Instruções: Abaixo estão listadas áreas da vida que são valorizadas por algumas pessoas. **Por favor, avalie a importância que você dá a cada uma dessas áreas para a sua vida (circulando um número), numa escala de 1 a 10.** Por exemplo, 1 significa que a área é nada importante e 10 que ela é extremamente importante para a sua vida. Nem todas as pessoas irão valorizá-las ou avaliá-las da mesma forma. **Solicitamos que pense na importância que você atribui a cada uma delas para a sua vida, independentemente de sua situação atual. Por exemplo, você pode atualmente não estar trabalhando ou não ser pai ou mãe, mas valorizar o trabalho ou desejar ser pai ou mãe durante a sua vida:**

Áreas	Nada importante				Importância de cada área para a sua vida					Extremamente importante
1. Relações familiares (não contando as relações com o cônjuge/companheiro ou com os filhos)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Figura 10.9 Exemplo da Parte 1 da versão brasileira do VLQ.

Considerando a última semana, avalie o quanto suas ações estiveram de acordo com a importância que você atribui a cada uma das áreas abaixo. Todas as pessoas são melhores em algumas áreas do que em outras e também são melhores em alguns momentos do que em outros. Classifique cada área (circulando um número) em uma escala de 1 a 10, **sendo que 1 significa que suas ações não estiveram de acordo com a importância daquela área para a sua vida e 10 que suas ações foram completamente de acordo com a importância que você atribui àquela respectiva área.**

Áreas	Nada de acordo com a importância que atribuo				Grau de concordância de suas ações da última semana com a importância de cada área para a sua vida					Completamente de acordo com a importância que atribuo
1. Relações familiares (não contando as relações com o cônjuge/companheiro ou com os filhos)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Figura 10.10 Exemplo da Parte 2 da versão brasileira do VLQ.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

VQ

As medidas de valores existentes até a data em que o **Questionário dos Valores** (*Valuing Questionnaire* – VQ; Smout, Davies, Burns, & Christie, 2014) foi criado discriminavam domínios específicos de vida, sendo que uma desvantagem dessa abordagem é que ela encoraja que os domínios sejam avaliados fora do contexto dos demais. Assim, visando preencher essa lacuna, o VQ foi recentemente desenvolvido com os seguintes objetivos: ser uma medida breve o suficiente para que terapeutas possam avaliar o progresso de seus pacientes semanalmente; mensurar os valores de vida sem especificar domínios específicos; ser fácil de responder mesmo sem ter sido previamente exposto a qualquer tipo de informações sobre a ACT; avaliar os valores de vida segundo a definição da ACT. Inicialmente, foi elaborado um conjunto de 70 itens que, após análises fatoriais, foram refinados, resultando em uma versão final de 10 itens com estrutura de dois fatores: Progresso (na vida valorizada; α= 0,87): e. g., "Eu fiquei orgulhoso com a maneira que vivi a minha vida"; e Obstrução (à vida valorizada; α= 0,87): e. g., "Eu gastei muito tempo pensando sobre o passado ou o futuro ao invés de me comprometer com atividades que realmente importavam para mim". Os participantes são instruídos a ler cada afirmativa e a circular o quanto cada situação foi verdadeira durante a última semana, incluindo o dia atual, usando uma escala Likert de 7 pontos (0 = nada verdadeiro; 6 = completamente verdadeiro). Os autores deste capítulo não obtiveram resposta dos autores dessa medida após correspondência eletrônica enviada para fins de consulta acerca da existência de tradução ou validação brasileira do questionário.

ELS

A **Escala de Vida Comprometida** (*Engaged Living Scale* – ELS; Trompetter, ten Klooster, Schreurs, Fledderus, Westerhof, & Bohlmeijer, 2013) foi desenvolvida com o objetivo de avaliar o processo de vida comprometida. Inicialmente, foi criado um conjunto de 26 itens que, após análises fatoriais, foram refinados, resultando em uma versão final de 16 itens. A ELS possui dois fatores: (1) Vida Valorizada (10 itens,

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

α=0,86): avalia o reconhecimento de valores pessoais e a ação comportamental congruente com esses valores (e. g., "Eu tenho valores que dão mais significado à minha vida"); e (2) Plenitude (seis itens, α=0,86): diz respeito ao senso de realização/plenitude com a vida enquanto uma consequência de viver de acordo com seus valores pessoais (e. g., "Eu sinto que estou vivendo uma vida plena"). É solicitado aos participantes que assinalem o seu grau de concordância com as afirmações expressas em cada item usando uma escala Likert de 5 pontos (de "discordo completamente" a "concordo completamente"). A consistência interna total da escala no estudo original foi de α=0,90. Os autores deste capítulo não possuem conhecimento da existência de traduções, adaptações e/ou validações brasileiras dessa medida. Contudo, a versão em português europeu foi recentemente validada (Trindade, Ferreira, Pinto-Gouveia, & Nooren, 2015).

CAQ

O **Questionário de Ação Comprometida** (*Committed Action Questionnaire* – CAQ; McCracken, 2013) avalia a ação comprometida enquanto uma ação conectada com objetivos e valores. Essa ação deve ser persistente e capaz de mudar, sensível ao que as situações oferecem ou não, capaz de ver a dor, o desconforto, as falhas e outras experiências como parte do processo de comprometimento e de parar quando a situação é inconsistente com o alcance dos objetivos. Inicialmente, um conjunto de 24 itens foi criado com base nas definições de ação comprometida no modelo de flexibilidade psicológica. Após análises psicométricas, a medida foi refinada, e a versão final foi composta por 18 itens, apresentando excelente consistência interna (α= 0,91). O CAQ possui estrutura de dois fatores com nove itens em cada, sendo que o primeiro fator inclui itens formulados no sentido positivo (e. g., "Eu sou capaz de persistir em um plano de ação mesmo após passar por dificuldades"), enquanto o segundo fator é composto por outros nove itens formulados no sentido negativo (e. g., "Eu me comporto de forma impulsiva quando me sinto sob pressão"). Os participantes são convidados a classificar a frequência em que cada situação se aplica utilizando uma escala Likert

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

de 7 pontos (0 = nunca verdadeira; 6 = sempre verdadeira). Os autores deste capítulo não possuem conhecimento da existência de traduções, adaptações e/ou validações brasileiras dessa medida.

EU CONTEXTUAL

Como visto em capítulos anteriores (ver Capítulos 7 e 8), a ACT possui seis processos psicológicos centrais, sendo um deles o *eu-contextual.* Contudo, até pouco tempo atrás, medidas que se destinassem a avaliar esse processo eram inexistentes. Esta seção pretende fornecer algumas informações disponíveis sobre o desenvolvimento de medidas para a avaliação desse processo.

SACS

A **Escala do Eu-Contextual** (*Self-as-Context Scale* – SACS; Gird & Zettle, 2013) é uma medida recentemente desenvolvida para avaliar o *self-as-context.* Foram elaborados 11 itens a partir da opinião de especialistas familiarizados com o modelo, os quais passaram por análises psicométricas. Como resultado, todos os itens foram retidos, compondo a versão final da escala, a qual possui dois fatores: *Transcending* (a capacidade de acessar uma perspectiva contínua através da qual a experiência pode ser observada) e *Centering* (capacidade de encontrar estabilidade frente à instabilidade/agitação emocional). A versão de 11 itens possui boa consistência interna (α= 0,84). Além disso, uma versão mais breve com sete itens foi desenvolvida através de análises fatoriais subsequentes, a qual também revelou boa consistência interna (α = 0,83). Os autores deste capítulo não possuem conhecimento da existência de traduções, adaptações e/ou validações brasileiras dessa medida.

RISP

O ***Reno Inventory of Self-Perspective*** (Jeffcoat, Hayes, & Szabo, 2015/July) foi apresentado em julho de 2015 na 13ª conferência mun-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

dial da ACBS (*Association for Contextual Behavioral Science*) como uma medida desenvolvida para avaliar a habilidade de tomada de perspectiva (do inglês *perspective taking*), denominada *eu-contexual*. Ainda há pouca informação disponível sobre a medida, mas sabe-se que a coleta de dados envolveu duas amostras (com mais de 600 participantes em cada).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo apresentou os principais instrumentos existentes para avaliação dos seis processos principais da ACT, assim como informações atualizadas sobre a existência de traduções, adaptações e/ou estudos de propriedades psicométricas dessas medidas no Brasil. Em complemento, quando as medidas em questão foram traduzidas, adaptadas e/ou validadas pelos autores deste capítulo, foram fornecidos exemplos ilustrativos das instruções, opções de resposta e um dos itens das versões brasileiras.

Não foi objetivo deste capítulo apresentar todas as medidas disponíveis, mas sim fornecer ao leitor uma introdução aos principais instrumentos existentes. Espera-se que este material possa estimular o uso das medidas já disponíveis, seja no contexto clínico, seja em estudos científicos que visem expandir o conhecimento científico na área. Ademais, espera-se que o presente capítulo sirva como estímulo para que pesquisadores e acadêmicos realizem estudos de tradução, adaptação e validação psicométrica de medidas aqui apresentadas, mas que no momento não se encontram disponíveis para uso na realidade brasileira.

REFERÊNCIAS

Anderson, R., Black, W.C., Hair, J.F., & Tatham, R.L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman.

Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W.S. (1995). The Emotional Eating Scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating. *International Journal Eating Disorder, 18*, 79-90.

Baer, R.A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Baer, R.A., Smith, G.T., & Allen, K.B. (2004). Assessment of Mindfulness by Self-Report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assesment, 11*(3), 191-206.

Barbosa, L.M. (2013). *Terapia de aceitação e compromisso e validação do Acceptance and Action Questionnaire II*: Contribuições para Avaliação de Processo em Psicoterapia. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

Barros, V. V., Kozasa, E. H., Souza, I. C. W., & Ronzani, T. M. (2014). Validity evidence of the brazilian version of the five facet mindfulness questionnaire (FFMQ). *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 30*(3), 317-327.

Barros, V. V., Kozasa, E. H., Souza, I. C. W., & Ronzani, T. M. (2014). Validity Evidence of the Brazilian Version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Psicologia Reflexão e Crítica, 28*(1), 87-95.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K. et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy, 42*(4), 676-88.

Bond, F. W., Lloyd, J., & Guenole, N. (2012) The work-related acceptance and action questionnaire (WAAQ): Initial psychometric findings and their implications for measuring psychological flexibility in specific contexts. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 1-25.

Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 822-48.

Cassepp-Borges, V., Balbinotti, M.A.A., & Teodoro, M.L.M. (2010). Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para adaptação de instrumentos: In Pasquali et al., *Instrumentação psicológica*: Fundamentos e práticas (pp.506-20). Porto Alegre: Artmed.

Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: the Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment, 15*(2), 204-23.

Chadwick, P., Hember, M., Mead, S., Lilley, B., & Dagnan, D. (2005). *Responding mindfully to unpleasant thoughts and images*: Reliability and validity of the Mindfulness Questionnaire. Unpublished manuscript, University of Southampton Royal South Hants Hospital, UK.

Cheron, D.M., Ehrenreich, J.T., & Pincus, D.B. (2009). Assessment of parental experiential avoidance in a clinical sample of children with anxiety disorders. *Child Psychiatry Human Development, 40*(3), 383-403.

Feldman, G.C. Hayes, A.M., Greeson, J., & Laurenceau, J.P. (2007). Mindfulness and emotional regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale –Revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and behavioral Assessment, 29*(3), 177-90.

Ferreira, C., Trindade, I. A., Duarte, C., & Pinto-Gouveia, J. (2014). Getting entangled with body image: Development and validation of a new measure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice.*

Forman, E.M., Herbert, J.D., Jurascio, A.S., Yeomans, P.D., Zebell, J.A, Goetter, E.M., & Moitra, E. (2012). The Drexel defusion scale: A new measure of experiential distancing. *Journal of Contextual Behavioral Science, 1*, 55-65.

Framson, C., Kristal, A. R., Schenk, J. M., Littman, A. J., Zeliadt, S., & Benitez, D. (2009). Development and validation of the Mindful Eating Questionnaire. *Journal of the American Dietetic Association, 109*(8),1439-44.

Fresco, D. M., Moore, M. T., Van Dulmen, M. H., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J.D.,

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

& Williams, J. M. (2007). Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: Validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy, 38*, 234-246.

Gifford E.V., Kohlenberg, B.S., Hayes, S.C., Antonuccio, D.O, Piasecki M, Rasmussen-Hall M.L,...Palm, K.M. (2004). Acceptance theory-based treatment for smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy, 35*, 689-706.

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W, Dempster, M., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., ... Deans, G. (2010). The Cognitive Fusion Questionnaire: Further developments in measuring cognitive fusion. *Conference presentation at the Association for Contextual Behavioral Science, World Congress VIII, Reno, NV,* http://contextualpsychology.org/node/4249

Gillanders, D.T., Bolderston, H., Bond, F.W., Dempster, M., Flaxman, P.E., Campbell, L.,...Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy, 45*, 83-101.

Gird, S.R. & Zettle, R.D. (2013). Developing a Quantitative Measure of Self-as Context. *Procedins, 9*, 47-8.

Gregg, J.A., Callaghan, G.M., Hayes, S.C., & Glenn-Lawson, J.L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychological, 75*(2), 336-43.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press.

Hayes, A. M., Beevers, C., Feldman, G., Laurenceau, J-P., & Perlman, C. A. (2005). Avoidance and emotional processing as predictors of symptom change and positive growth in an integrative therapy for depression. *International Journal of Behavioral Medicine, 12*(2), 111-22.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2011). *Acceptance and commitment therapy*: The process and practice of mindful change (2. ed.). New York: Guilford.

Herzberg, K.N., Sheppard, S.C., Forsyth, J.P., Credé, M., Earleywine, M., & Eifert, G.H. (2012). The Believability of Anxious Feelings and Thoughts Questionnaire (BAFT): A psychometric evaluation of cognitive fusion in a nonclinical and highly anxious community sample. *Psychological Assessment, 24*(4), 877-91.

Hirayama, M.S., Milani, D., Rodrigues, R.C.M., de Barros, N.F., & Alexandre, N.M.C. (2014). A percepção de comportamentos relacionados à atenção plena e a versão brasileira do Freiburg Mindfulness Inventory. *Ciência e Saúde Coletiva, 19* (9), 3899-914.

Hirayama, M.S. (2014). *Freiburg Mindfulness Inventory*: Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa no Brasil. Tese de Doutorado (resumo). Biblioteca Digital da UNICAMP.

Hollon, S.D., & Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 4*(4), 383-95.

Hunt, S.M., Bucquet, D., Nicro, M., Wiklund, I., & McKenna, S. Cross-cultural adaptation of health measures. *Health Policy, 19*(44), 33-44.

Jeffcoat, T., Hayes, S.C., & Szabo, T. (2015/July). Development of the Reno Inventory of Self-Perspective, Measuring Self-as-Context and Perspective Taking. In T. Jeffcoat President (Chair). *Continuing Developments in Measuring ACT Processes*. Symposium conducted at the meeting of ACBS Annual World Conference 13, Berlin.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Juarascio, A., Forman, E., Timko, C. A., Butryn, M., & Goodwin, C. (2011). The development and validation of the food craving acceptance and action questionnaire (FAAQ). *Eating Behaviors, 12*(3), 182-7.

Levin, M.E., Luoma, J.B., Lillis, J., Hayes, S.C., & Vilardaga, R. (2014). The Acceptance and Action Questionnaire-Stigma (AAQ-S). Developing a measure of psychological flexibility with stigmatizing thoughts. *Journal of Contextual Behavioral Science 3*(1), 21-6.

Lillis, J. & Hayes, S. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 4*(1), 30-40.

Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Barth, M., & Oliveira (2015, Junho). *Flexibilidade Psicológica relacionada à imagem corporal. Análise da estrutura fatorial do BI-AAQ em amostras brasileiras.* Poster session presented at the meeting of VII Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica e os Desafios nas Diferentes Regiões do Brasil. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.

Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., Zancan, R.K., Souza, D.F., Barth, M.C., & Oliveira, M.S. (2015). *Psychometric properties of the Brazilian version of the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ-7):* A study with multigroup analysis of factorial invariance. Poster session presented at the meeting of ACBS Annual World Conference 13, Berlin, Germany.

Lucena-Santos, P., Pinto-Gouveia, J., & Oliveira, M.S. (2015). *Estudo de Invariância Fatorial do Questionário de Fusão Cognitiva Relacionada à Imagem Corporal (CFQ-BI).* Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, Belo Horizonte, MG.

Lundgren, T., Dahal, J., & Hayes, S. C. (2008). Evaluation of mediators of change in the treatment of epilepsy with acceptance and commitment therapy. *Journal of Behavioral Medicine, 31*(3), 225-35.

Luoma, J. B., Drake, C., Hayes, S. C., & Kohlenberg, B. (2011). Substance Abuse and Psychological Flexibility: The Development of a New Measure. *Addiction Research and Theory, 19*(1), 3-13.

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists.* Oakland, CA: New Harbinger & Reno, NV: Context Press.

McCracken L.M., Vowles K.E., Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain, 107*, 159-66.

McCracken, L. (2013). Committed Action: An application of the psychological flexibility model to activity patterns in chronic pain. *The Journal of Pain, 14*(8), 828-35.

Pasquali, L. (*2010*). *Instrumentação psicológica*: Fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed.

Rubio. D.M., Berg-Weger, M., Tebb, S.S., Lee, S., & Rauch, S. (2003). Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Research on Social Work Practice , 27*(2), 94-105.

Safran, J. D. & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy.* New York: Basic Books.

Sandoz, E. K., Wilson, K. G., Merwin, R. M., & Kellum, K. K. (2013). Assessment of body image flexibility: An evaluation the Body Image Acceptance and Action Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science, 2*(1-2), 39-48.

Sauer, S., Ziegler, M., Danay, E., Ives, J., & Kohls, N. (2013). Specific objectivity of mindfulness – A rasch analysis of the Freiburg Mindfulness Inventory. *Mindfulness, 4*(1), 45-54.

Silveira, A.C., Gomes, T., & Gomes, W.B. (2012). Adaptação e validação da Escala Filadélfia de Mindfulness para adultos brasileiros. *Psico-USF, 17*(2), 215-23.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Shawyer, F., Ratcliff, K., Mockinnnon, A., Farhall, J., Hayes, S.C., & Copolov, D. (2007). The Voices Acceptance and Action Scale: Pilot Data. Journal of Clinical Psychology, *63*(6), 593-606.

Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*(3), 164-72.

Staats, S. B., & Zettle, R. D. (2012). Exercise behavior and the Acceptance and Action Questionnaire for Exercise (AAQ-Ex). *Meeting of the Association for Contextual Behavioral Science*, Washington, D. C.

Stunkard, A.J. & Messick, S. (1985). The Three-Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinihibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research, 29*,71-83.

Trompetter, H.R., ten Klooster, P.M., Schreurs, K.M.G, Fledderus, M., Wsterhof, G.J., & Bohlmeijer, E.T. (2013). Measuring Values and Committed Action With the Engaged Living Scale (ELS): Psychometric Evaluation in a Nonclinical Sample and a Chronic Pain Sample. *Psychological Assessment, 25*(4), 1235-46.

Urbina, S. (2007). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed.

van Strien, T., Frijters, J., Bergers, G., Defares, P. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assesment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal Eating Disorder, 5*, 295-315.

Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness-the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences, 40*, 1543-55.

Wendell, J., Masuda, A., & Le, J. (2012). The role of body image flexibility in the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating symptoms among non-clinical college students. *Eating Behaviors, 13*, 240-5.

Wegner, D. M. & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality, 62*, 615-40

Wilson, K. G., Sandoz, E. K., & Kitchens, J. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record, 60,* 249-72.

Whiting, D.L, Deane, F.P., Ciarrochi, J. McLeod, H.J., & Simpson, G.K. (2015). Validating measures of psychological flexibility in a population with acquired brain injury. *Psychological Assessment, 27*(2), 415-23.

Zettle, R. D. & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior, 4,* 30-8.

Staats, S. B. & Zettle, R. D. (2012). Exercise behavior and the Acceptance and Action Questionnaire for Exercise (AAQ-Ex). *Meeting of the Association for Contextual Behavioral Science*, Washington, D. C.

Stunkard, A.J., Messick, S. (1985). The Three-Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinihibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research. 29*,71-83.

Trompetter, H.R., ten Klooster, P.M., Schreurs, K.M.G, Fledderus, M., Wsterhof, G.J., & Bohlmeijer, E.T. (2013). Measuring Values and Committed Action With the Engaged Living Scale (ELS): Psychometric Evaluation in a Nonclinical Sample and a Chronic Pain Sample. *Psychological Assessment, 25*(4), 1235-46.

van Strien, T., Frijters, J., Bergers, G., Defares, P. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assesment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal Eating Disorder, 5*, 295-315.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness-the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences, 40*, 1543-55.

Wilson, K. G., Sandoz, E. K., & Kitchens, J. (2010). The Valued Living Questionnaire: defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record, 60,* 249-72.

Whiting, D.L, Deane, F.P., Ciarrochi, J. McLeod, H.J., & Simpson, G.K. (2015/ Juny). Validating measures of psychological flexibility in a population with acquired brain injury. *Psychological Assessment, 27*(2), 415-23.

Zettle, R. D. & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior, 4,* 30-8.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Psicoterapia Analítico-Funcional

11 O Que é Psicoterapia Analítico-Funcional e Como Ela é Aplicada?

Giovana Del Prette

Não há nada mais íntimo na vida do que simplesmente ser compreendido... e compreender alguém / There's nothing more intimate in life than simply being understood. Andunderstanding someone else.

Brad Meltzer (*The Inner Circle*)

Dentre as propostas de psicoterapia da Terceira Geração, há uma em particular que se destaca por debruçar-se no estudo e na intervenção sobre variáveis da própria relação terapeuta-cliente. Trata-se da Psicoterapia Analítico-Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy* – FAP). Na história da investigação sobre mecanismos de mudança em psicoterapia, a relação terapêutica, que antes pertencia aos bastidores, como uma "variável inespecífica", agora ganha o palco com a FAP, sendo esmiuçada e sistematizada em uma práxis na qual o terapeuta conscientemente age na relação e sobre a relação com o cliente. O envolvimento emocional, a intimidade, o aqui e o agora tornam-se ingredientes fundamentais dessa nova química que, longe de ser uma "receita" pronta, desafia sobretudo o terapeuta, sob a égide da Análise Funcional, a se conhecer e se reinventar a cada nova, e única, relação com seu cliente.

Penso que a FAP funciona quando é não apenas entendida, mas sentida. A FAP não acontece na análise fria e técnica sobre os eventos

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

da semana do cliente. Ela acontece quando a terapia se torna o próprio evento, e terapeuta e cliente se sentem eletrizados por avançarem, cada vez mais, no desenvolvimento de uma relação "intensa e curativa" – parafraseando a primeira obra dos seus proponentes. Mas como alcançar o que é verdadeiramente "fazer FAP" na leitura de um texto? Como demonstrar sua complexidade, escondida na fórmula didática e (só) aparentemente simples das "cinco regras" da FAP? Como esclarecer mal-entendidos que regularmente observei em minha prática docente, vindos – suponho – da própria dificuldade de se aprender a FAP via métodos tradicionais de leitura e aula? Pensando em como driblar essas questões, cheguei a algumas opções que você encontrará aqui. Após as apresentações formais (origens, características e fundamentos), você lerá sobre comportamentos clinicamente relevantes e regras da FAP a partir de um caso clínico hipotético, analisado e "atendido" ao longo do texto sob o prisma da FAP. Espero, assim, conduzir você, leitor, a imaginar e vivenciar, ao menos um pouco, essa forma de psicoterapia. Contudo, para tornar a prática um pouco mais concreta, elaborei também uma sistematização inédita de habilidades envolvidas em cada uma das cinco regras da FAP. Por fim e de forma coerente com esta proposta, destacarei o papel da supervisão e da terapia pessoal em sua formação como terapeuta FAP e no aprendizado dessas habilidades. Convido-o, então, a fazer a sua leitura imaginando-se no lugar dos personagens (terapeuta e cliente) que protagonizarão este texto.

Retomando:

- Longe de ser uma "receita" pronta, a FAP desafia sobretudo o terapeuta, sob a égide da Análise Funcional, a se conhecer e se reinventar a cada nova, e única, relação com seu cliente.
- A FAP funciona quando é não apenas entendida, mas sentida.

ORIGENS, CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS E FUNDAMENTOS TEÓRICOS DA FAP

A FAP é uma proposta de terapia baseada nos princípios da ciência da Análise do Comportamento e da filosofia do Behaviorismo Radical apli-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

cados ao contexto interpessoal psicoterápico. Foi desenvolvida, inicialmente, por Robert Kohlenberg e Mavis Tsai, que a apresentaram pela primeira vez em um artigo de 1987 e, quatro anos depois, no primeiro livro publicado sobre FAP (Kohlenberg & Tsai, 1991), abordando seus princípios teóricos e práticos. Esse livro, intitulado *Psicoterapia Analítico-Funcional: Criando relações intensas e curativas*, foi traduzido e publicado no Brasil somente em 2001, havendo aí uma lacuna de dez anos sem maior acesso e divulgação em português. Atualmente, o site www.functionalanalyticpsychotherapy.com procura compilar as publicações sobre FAP ano a ano, de autores de diversos países, sendo que esta é amplamente difundida na comunidade de analistas do comportamento no Brasil.

Hayes (2004) classificou o desenvolvimento das psicoterapias comportamentais em três "ondas", incluindo a FAP como uma das propostas da terceira onda[1]. A Terapia Comportamental corresponde à primeira onda, a partir da década de 1950. Após, seguiu-se a segunda onda, composta pela Terapia Cognitiva de Aaron Beck (a partir da década de 1970) e pela Terapia Cognitivo-Comportamental (a partir do fim da década de 1980). Então, a partir da década de 1990, surgiram propostas como a FAP, a Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance Commitment Therapy* – ACT – Capítulos 6-10 deste livro), a Ativação Comportamental (*Behavioral Activation* – BA – Capítulo 14 deste livro) e a Terapia Comportamental Integrativa de Casais (*Integrative Couple Behavioral Therapy*, ICBT – Capítulo 17 deste livro), todas incluídas na terceira onda:

> Fundamentada em uma abordagem empírica e focada em princípios, a terceira onda da terapia comportamental e cognitiva é particularmente sensível ao contexto e às funções de fenômenos psicológicos, e não apenas à sua forma, e, portanto, tende a enfatizar estratégias contextuais e vivenciais de mudança, além de mais diretas e didáticas (Hayes, 2004, p. 658).

A partir da proposição de Hayes, alguns autores (como Öst, 2008) têm se referido às "três ondas da Terapia Cognitivo-Comportamental"

[1] No Brasil, a classificação de Hayes (2004) faria pouco sentido uma vez que aqui a Terapia Comportamental seguiu outro percurso histórico. Para saber mais sobre o assunto, sugiro a leitura de Vandenberghe (2014).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

(p. 296), colocando a proposta da TCC como referencial para a classificação. Outros autores, contudo, focam princípios filosóficos e científicos do Behaviorismo Radical e, por isso, referem-se às "três ondas da Terapia Comportamental" (como Sturmey, 2011). Dentre estes se encontram os proponentes da FAP (Kohlenberg & Tsai, 2001), cuja proposta foi essencialmente uma derivação dos princípios behavioristas (Kohlenberg & Tsai, 1994).

A FAP nasceu em um momento histórico que carregava um conjunto de questões teóricas, práticas e de pesquisa sobre a clínica comportamental. A Terapia Cognitivo-Comportamental vinha se apresentando como proposta para explicar e tratar problemas envolvendo cognição e sentimentos, mas esta abria mão da coerência epistemológica ao unir duas abordagens fundadas em bases filosóficas distintas e, muitas vezes, opostas. Assim, o desafio dos analistas do comportamento era desenvolver uma prática que desse conta desses problemas, mantendo uniformes os princípios filosóficos e a fundamentação científica.

No âmbito da pesquisa, diversas abordagens teóricas, inclusive a comportamental, já davam importância à relação terapêutica, mas ainda havia a necessidade de se operacionalizar esse aspecto na prática do terapeuta comportamental. Mesmo não sendo um psicoterapeuta, Skinner (1953) fez uma análise do papel social da psicoterapia. A partir dessa análise e dos estudos sobre punição e seus efeitos colaterais (Sidman, 2001), torna-se clara a racional de alguns aspectos da relação terapêutica propostos por Skinner, bem como a derivação da FAP.

Na obra *Ciência e Comportamento Humano*, Skinner (1953) apresenta a psicoterapia como uma das agências de controle da sociedade, estando, portanto, no mesmo nível que economia, governo, educação e religião. Agências controladoras, para Skinner, são instituições ou sistemas sociais que manipulam variáveis por meio de reforçamento ou punição, e cujo poder é concedido pelo próprio grupo social, uma vez que suas práticas têm como finalidade – ao menos em tese – a sobrevivência desse grupo.

Por outro lado, a agência psicoterapia se distingue das demais justamente por cuidar dos efeitos colaterais de práticas coercitivas existentes em nossa cultura e, para tal, o psicoterapeuta deve adotar a prática da "audiência não punitiva" (Skinner, 1953). O terapeuta ouve e compreende os comportamentos do cliente sem julgá-los e, dessa forma, algumas classes de compor-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

tamentos anteriormente suprimidas por punição voltam a ocorrer na própria sessão como, por exemplo, expressar sentimentos, especialmente alguns com maior chance de serem socialmente punidos com crítica ou rejeição.

Audiência não punitiva pode ser considerada mais do que uma recomendação ou uma técnica, refere-se, na verdade, a uma postura constante do terapeuta na relação com o cliente. O efeito dela vai ao encontro da promoção de intimidade, definida como um repertório interpessoal que envolve a autorrevelação de pensamentos e sentimentos, resultando em um sentimento de conexão, apego e proximidade na relação com o outro (Tsai et al., 2008). Em outras palavras, temos um relacionamento íntimo quanto mais nossos comportamentos são aceitos, com risco mínimo de rejeição e julgamento. Popularmente, diríamos sobre essa relação algo como "com ele (a) eu posso ser eu mesmo (a)". Segundo Braga e Vandenberghe (2006, p. 310):

> ... a intimidade surge quando as pessoas se comunicam abertamente, deixando claro o que pensam e o que querem, dividindo além do carinho, as experiências e os segredos, mostrando-se o que é, mesmo nos medos, inseguranças e defeitos. O compartilhar de sofrimento e o compartilhar de sentimentos positivos de amor, proximidade, esperança, alegria e orgulho são indicativos da intimidade na relação.

O foco na construção de intimidade tem se tornado cada vez mais claro na proposição da FAP. Nota-se, por exemplo, um aumento da ênfase nesse aspecto quando se compara o primeiro livro (Kohlenberg & Tsai, 1991) com o segundo, publicado 17 anos depois (Tsai et al., 2008). Se você é ou será psicoterapeuta, ao refletir por um momento, poderá facilmente concluir que sua amostra de clientes, em qualquer época, tem problemas essencialmente relacionados à esquiva de intimidade, e que este é um fator central na busca por psicoterapia. Provavelmente, uma reflexão pessoal sobre seus principais medos, em seus próprios relacionamentos, o fará chegar à mesma conclusão. Dificuldades nos relacionamentos tornam-se relevantes e produzem sofrimento quanto mais importante for para nós aquele com quem nos relacionamos. Por isso é tão frequente que as queixas dos clientes tenham a ver com pai, mãe, filhos e amigos mais do que com colegas e desconhecidos. O papel da terapia é o

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

de ajudarmos o cliente a construir uma nova história de relacionamentos íntimos, a começar pela própria relação terapeuta-cliente.

O termo "relação terapêutica" é frequentemente confundido com "interação terapêutica" e, por isso, acho necessário apresentar uma definição, buscando coerência com a proposta da FAP. Baum (2006), por exemplo, afirma que relação é um conjunto de interações regulares entre indivíduos. Uma relação entre terapeuta e cliente corresponderia, portanto, às interações regulares entre os mesmos. Muito se tem falado sobre relação terapêutica enquanto instrumento ou mecanismo de mudança do cliente, e essa expressão aparentemente é herdada da história das pesquisas sobre aliança terapêutica que, antigamente, analisavam essa variável em termos de "fatores inespecíficos" (cf. Follette, Naugle, & Callaghan, 1996). Posteriormente, Tsai et al. (2008) referiram-se ao terapeuta como "*usar a si próprio* como um instrumento de mudança" (p. 82, itálico meu), o que se difere substancialmente da primeira proposição.

Ou seja, o uso da palavra "terapêutica" aqui é adjetivado: a relação é em si terapêutica e, desse modo, ela é a própria mudança, portanto, *mais* do que um instrumento para atingi-la. Assim, a relação entre cliente e terapeuta já está sendo terapêutica se é promotora de intimidade entre eles, favorecendo que seus padrões de relacionamento possam ser modificados. Quanto ao terapeuta, ele usa a si próprio como agente de mudança por envolver-se também de modo íntimo e genuíno com seu cliente, segundo algumas premissas de tratamento da FAP que serão apresentadas adiante. Quero agora abordar quais comportamentos do cliente são clinicamente relevantes para essa proposta de terapia.

Retomando:

- A audiência não punitiva vai ao encontro da promoção de intimidade, definida como um repertório interpessoal que envolve a autorrevelação de pensamentos e sentimentos, resultando em um sentimento de conexão, apego e proximidade na relação com o outro.
- A relação entre cliente e terapeuta já está sendo terapêutica se é promotora de intimidade entre eles, favorecendo que seus padrões de relacionamento possam ser modificados.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

COMPORTAMENTOS CLINICAMENTE RELEVANTES DO CLIENTE

O ambiente de psicoterapia é um dentre vários em que o cliente se comporta e com os quais se relaciona. Por "ambiente" estou me referindo não apenas ao espaço físico, mas também ao terapeuta e à interação entre eles. Ir à terapia passa a ser uma parte da vida e da rotina do cliente, e a maneira como ele se relaciona com esse evento ambiental, de algum modo, assemelha-se à sua relação com outros eventos de sua vida.

Alguns comportamentos do cliente que ocorrem na relação com o terapeuta têm especial relevância clínica na FAP. Vamos imaginar um cliente que, em seu cotidiano, costuma ser bastante pontual em seus compromissos, raramente esquecendo-se ou faltando a eles. A partir dessa descrição, o que você esperaria de seu comportamento no "compromisso terapia"? Você responderá, corretamente, que prevê que, como cliente, também será assíduo e pontual nas sessões, com raros esquecimentos ou faltas. O princípio comportamental subjacente à sua resposta é o da generalização: se nos comportamos de determinado modo diante de certos estímulos, tenderemos a nos comportar de modo parecido diante de novos estímulos semelhantes àqueles.

Em nosso exemplo, ainda não sabemos se o comportamento "ser pontual", que se generalizou à situação de terapia, é ou não relevante para a análise. Uma parte dos comportamentos do cliente na terapia poderá ser mais significativa quanto mais representar uma amostra do próprio problema que a terapia se propõe a tratar. Essa amostra merece especial atenção do terapeuta e, por esse motivo, Kohlenberg e Tsai (1991) denominaram-na de *Clinically Relevant Behavior* 1 (Comportamento Clinicamente Re-levante 1), ou CRB1. Assim, "ser pontual" pode ser classificado como CRB1 se, de algum modo, fizer parte do problema do cliente. À primeira vista, o exemplo pode soar estranho: ora, dificilmente alguém procurará terapia queixando-se por ser pontual demais. É verdade. Mas o CRB1 não necessariamente corresponde à queixa expressa pelo cliente. Na verdade, a identificação de CRBs advém da análise funcional (ou de contingências), construída pelo terapeuta ao longo das sessões de atendimento.

A análise funcional, sendo única para cada indivíduo (ver Neno, 2003), pode apontar para diferentes direções. Vou hipotetizar algumas

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

análises distintas – e você mesmo pode construir outras hipóteses – sobre como "ser pontual" poderia fazer parte de seu problema (ser um CRB1):

(1) A função desse comportamento é esquivar-se de qualquer crítica que poderia receber caso se atrasasse – ou receber elogios –, e seu problema tem a ver com a maneira como ele lida com o julgamento dos outros;

(2) O modo como ele cumpre seus compromissos acaba sendo pouco flexível, produzindo sofrimento ao priorizar suas obrigações acima de qualquer coisa;

(3) Ele espera dos outros a mesma seriedade que ele próprio adota com compromissos e acaba se decepcionando quando os outros não correspondem a essa expectativa.

A análise de contingências dá subsídios ao terapeuta para que fique mais atento aos comportamentos do cliente na sessão, selecionando aqueles que possam ser um CRB1, de acordo com essa análise. Note que, nas três hipóteses funcionais anteriores, os problemas do cliente não eram somente relacionados a comportar-se ou não com pontualidade, mas sim a uma classe de comportamentos na qual o "ser pontual" pode se inserir. Os comportamentos clinicamente relevantes, portanto, pertencem a *classes* funcionais constituídas dos problemas do cliente (Braga & Vandenberghe, 2006).

Por outro lado, também é possível que o cliente se comporte na sessão de tal modo que seus problemas melhorariam se ele assim o fizesse em seu dia a dia. Esses comportamentos de melhora, ocorrendo na própria relação com o terapeuta, são denominados *Clinically Relevant Behavior* 2, ou CRB2 (Kohlenberg & Tsai, 1991). Então, se "ser pontual" é um CRB1, poderíamos concluir que "atrasar-se" ou "esquecer-se" da sessão poderia ser um CRB2? Talvez sim. Por outro lado, conforme dissemos, a análise funcional aponta para uma classe de respostas mais ampla do que somente o comportamento de ser pontual ou de se atrasar, de modo que seria estranho termos que esperar pelo dia em que o cliente falte para dizer que ele está melhorando. Se, em nossa primeira hipótese, a pontualidade tem como função a esquiva de críticas, não apenas o atraso poderá ser CRB2, mas muitos outros comportamentos do

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

cliente em sessão como, por exemplo: discordar do terapeuta, falar sobre algo que fez e que poderia ser alvo de críticas, verbalizar que se sentiu julgado pelo terapeuta caso isso tenha acontecido, ou mesmo ouvir uma crítica do terapeuta sem necessariamente se sentir julgado como pessoa ou sem que isso ameace a relação.

Há ainda uma última classificação na FAP sobre comportamentos de relevância clínica: os *Clinically Relevant Behavior* 3, ou CRB3 (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette, & Callaghan, 2008). Trata-se do comportamento do cliente de fazer análises, o que pode ser considerado um estímulo especificador de contingências (Abreu, Hübner, & Lucchese, 2012) por modificar verbalmente a função de um estímulo. O CRB3 inclui descrições de variáveis envolvidas nos problemas do cliente, mas também descrições de variáveis associadas às melhoras ou mudanças. O papel do terapeuta é o de modelar os CRB3 do cliente, de modo que seja mais um mecanismo de mudança na FAP, por meio de comportamento governado por regras. Em nosso exemplo, algumas verbalizações do cliente poderiam ser importantes CRB3 (você pode também imaginar outras) para a primeira hipótese funcional:

- ✓ "Se eu me atrasasse, pensaria imediatamente que você acha que não estou dando valor para toda ajuda que você me dá".
- ✓ "Eu percebi que não tenho conseguido falar sobre algumas coisas por medo de ser julgado por você. As pessoas vivem julgando umas às outras".
- ✓ "Ultimamente eu tenho conseguido sair daqui em paz, sem aquelas minhas ideias recorrentes de que você está pensando que eu sou um louco problemático".

No exemplo que utilizamos, bastante simples, é possível ilustrar o quanto o foco da observação do terapeuta pode se alterar caso consiga identificar os CRBs 1, 2 e 3 do cliente. O terapeuta tem como forte alternativa de escolha a análise desses CRBs ao invés de ater-se somente ao relato, e também tem a possibilidade de reforçar diferencialmente os CRBs, o que se relaciona com as intervenções que serão apresentadas mais adiante.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Por meio de pesquisas sobre a FAP, Callaghan (2006a) produziu um questionário (*Functional Idiographic Assessment Template Questionaire*, ou FIAT-Q), a partir do qual classificou os principais CRBs dos clientes em cinco classes funcionais, todas elas de algum modo relacionadas à intimidade: (a) identificar e expressar assertivamente necessidades; (b) impactar, dar e receber *feedbacks* em comunicação bidirecional; (c) identificar e lidar com conflitos e desconfortos interpessoais; (d) autorrevelar-se e manter proximidade interpessoal; e (e) experienciar e expressar emoções.

Os efeitos colaterais da punição em relacionamentos anteriores podem não apenas comprometer a ocorrência dessas classes de comportamentos no dia a dia do cliente, mas também dificultar que ele fale sobre essas situações em sessão e, mais ainda, que ele se comporte desse modo na relação com o próprio terapeuta, o que seria, em si, o CRB1 (dificuldade com essas classes) ou o CRB2 (melhora). Se, por um lado, a FAP é um tratamento idiossincrático, alguns CRBs poderiam ser considerados "universais" quando organizados em classes funcionais molares associadas ao tema do relacionamento íntimo (Wetterneck & Hart, 2012).

Kohlenberg e Tsai (2001) propõem uma análise comportamental sobre o desenvolvimento do *self* que também nos leva à reflexão sobre CRBs "universais". Para os autores, a história de reforçamento dos comportamentos abertos, sob controle privado, constrói no indivíduo a emergência e a estabilidade da unidade funcional "eu". É quando somos aceitos ao nos comportarmos de acordo com nosso mundo privado, aprendendo, aos poucos, a reconhecer como nos sentimos, quais são os nossos valores, enfim, quem somos nós.

Uma história crônica de invalidação, por sua vez, leva ao desenvolvimento de um *self* instável, que os autores reconhecem em grau patológico em Transtornos de Personalidade. Como fruto dessa invalidação, podemos ter extrema dificuldade em tatear o que estamos sentindo e, mais ainda, em saber o que queremos, do que gostamos e quem somos. Um dos critérios diagnósticos para Transtorno Borderline (APA, 2013), por exemplo, está relacionado ao "sentimento crônico de vazio". Um dos papéis centrais da terapia seria o de construir uma nova história de relacionamentos, que colabore para a formação de um *self* estável. A aceitação subjacente à intimidade vai ao encontro desse objetivo.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- A identificação de CRBs advém da análise funcional (ou de contingências), construída pelo terapeuta ao longo das sessões de atendimento.
- O foco da observação do terapeuta pode se alterar caso consiga identificar os CRBs 1, 2 e 3 do cliente.
- Alguns CRBs poderiam ser considerados "universais" quando organizados em classes funcionais molares associadas ao tema do relacionamento íntimo.

AS CINCO REGRAS DA FAP

Ao proporem a FAP como uma terapia baseada na Análise do Comportamento, Kohlenberg e Tsai (1991) sistematizaram cinco regras norteadoras da intervenção do terapeuta nessa abordagem. No segundo livro dos autores, Tsai et al. (2008) sumarizaram as regras em palavras-chave contidas no próprio nome do livro: *Um guia para Psicoterapia Analítico-Funcional: Consciência, Coragem, Amor e Behaviorismo*. Vou abordar cada uma das regras a seguir e, finalmente, ilustrar sua aplicação a um cliente hipotético que daremos o nome de Carlos, que analisaremos e "atenderemos" nas próximas páginas.

Sem nos estendermos no processo de construção da análise funcional[2], vamos supor que uma das análises centrais é a de que Carlos tem muita dificuldade de expor suas opiniões e até mesmo de tatear o que pensa e sente em seus relacionamentos. Sem conseguir ser assertivo, acaba concordando com os amigos e familiares ou tentando agradá-los em demasia e, dessa forma, esquiva-se de críticas e de rupturas nas relações. Como todo comportamento de esquiva, a armadilha desse mecanismo é que, ao fazer isso, perde o parâmetro referente a ser aceito pelos outros caso tivesse se comportado de modo alternativo.

Sentindo-se esgotado nesses relacionamentos, Carlos eventualmente perde o controle de suas emoções e "explode" com pessoas próximas a ele, que acabam se afastando, produzindo mais esquiva e

[2] Para este tema, recomenda-se a leitura de Meyer, Del Prette, Zamignani, Banaco, Neno e Tourinho (2010).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

reafirmando a regra de que ele não é aceito quando "fala o que pensa", ou de que suas opiniões não têm valor. Nesse processo de esquiva de punição não sinalizada e/ou incontrolável, Carlos aprendeu a rastrear o tempo todo sinais de rejeição do outro como tentativa de controle da relação. Como resultado final, sente-se extremamente ansioso, e "ansiedade" (a ponta do *iceberg*) é a queixa que ele traz como motivo para busca de terapia. Como seria a aplicação de cada uma das regras da FAP à terapia com Carlos? Irei oferecer vários exemplos de possibilidades de falas do terapeuta, mas espero que você foque mais a função do que a topografia (conforme Darrow, Dato, & Follette, 2012), refletindo sobre outros modos de se expressar que possam combinar mais com seu estilo de trabalho. As cinco regras da FAP foram formuladas por Kohlenberg e Tsai (1991), e para cada uma delas foram sistematizadas algumas habilidades necessárias para que sejam aplicadas de modo eficaz.

Retomando:

Tsai et al. (2008) sumarizaram as regras em palavras-chave contidas no próprio nome do livro: *Um guia para Psicoterapia Analítico-Funcional: Consciência, Coragem, Amor e Behaviorismo.*

Regra 1: Consciência

A primeira regra da FAP é a da Consciência, do inglês *Awareness* (Tsai et al., 2008). Ela consiste na premissa simples de que o terapeuta deve estar atento e consciente ao que acontece na sessão. Alguns detalhes envolvidos na Regra 1, contudo, são bem mais complexos. Consciência implica várias habilidades do terapeuta, que apresentarei a seguir juntamente com suas implicações ao atendimento de Carlos, nosso cliente hipotético.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Habilidade 1 – Terapeuta observa e descreve contingências da sessão

Essa habilidade envolve estar atento ao momento presente, começando por aquilo que o cliente faz em sessão, além de descrever o que se observa evitando rótulos. Assim, ao invés de concluir que "Carlos é ansioso", o terapeuta procura por sinais físicos de ansiedade, como por exemplo: "às vezes ruboriza e evita contato ocular", podendo discriminar melhor momentos de ansiedade de momentos em que o cliente demonstre outros sentimentos. Além disso, essa habilidade implica priorizar "o como" o cliente fala e sobre "o que" é falado, permitindo analisar como ele discorre sobre um assunto e como isso impacta a relação com o terapeuta, ao invés de analisar somente o conteúdo trazido. Também se torna foco de observação do terapeuta a coerência ou a discrepância entre forma e conteúdo.

O terapeuta pode perceber, por exemplo, que: "Carlos relata ser ansioso, mas aqui na sessão não percebo nenhum sinal disso"; "Carlos fala sorrindo sobre situações dolorosas". Por fim, observar e descrever significa focalizar não apenas o que o cliente faz na sessão, mas *a interação* dele com o terapeuta. Por exemplo: "Quando pergunto sobre um problema, Carlos desvia do assunto"; "Quando expresso empatia por algo que ele me conta, ele se justifica tentando minimizar o problema". Ao observar a interação, o terapeuta pode conhecer melhor o impacto emocional sobre o cliente daquilo que ocorre em sessão.

Habilidade 2 – Terapeuta observa seus próprios comportamentos (ações, sentimentos e pensamentos) e seus possíveis evocadores

A auto-observação é fonte riquíssima de análise. Como o terapeuta age, pensa e sente pode ser uma amostra representativa de como outras pessoas também se relacionam com o cliente. O terapeuta de Carlos pode perceber, por exemplo, que, por algum motivo, sempre termina as sessões dando conselhos, mesmo não sendo o seu "estilo" de trabalho. Quanto aos sentimentos, todos são importantes: de raiva a ternura, de tédio a entusiasmo. Além disso, a FAP aborda o sentimento de "estar conectado" ao cliente como um dos mais importantes termômetros na identificação de CRBs, pois seria o produ-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

to dos esforços de ambos ao encontro da intimidade. Por exemplo, Carlos repetidamente começa a sessão dizendo que "melhorou", mas o terapeuta não se sente conectado ao cliente nesses momentos; ao contrário, sente-se levemente irritado, e o discurso parece "vazio". O que será que isso quer dizer? Quando Carlos fala sobre seus problemas, às vezes o terapeuta sente mais empatia e envolvimento, mas em outras se sente "frio", como se aquilo não o tocasse. Qual será a diferença entre esses momentos?

Habilidade 3 – Terapeuta utiliza o que foi observado na formulação da análise funcional

Uma vez que o terapeuta observa e descreve o comportamento do cliente, a relação e a si próprio, esse material passa a ser a base para a análise funcional. As discrepâncias e coerências entre o que acontece na sessão e como terapeuta e cliente reagem a isso são, aos poucos, transformadas em hipóteses funcionais, que podem ser fortalecidas, modificadas ou abandonadas ao longo das sessões. Desse modo, ao ter notado que Carlos relata ansiedade, mas não parece ansioso na sessão, podemos levantar várias hipóteses. "Será que a sessão não produz ansiedade e, portanto, é um contexto bem diferente daquele em que ele vive? No que consiste essa diferença? Ou será que ele se sente ansioso, mas evita demonstrar a ponto de não ser perceptível? Será que ele evita relatar ansiedade porque em outras situações essa esquiva é reforçada?". Analogamente, as ações, pensamentos e sentimentos do terapeuta também são fonte de análise. "Será que a função de relatar melhora é me agradar e, por isso, não consigo me sentir conectado?", "O que acontece na relação que pode estar evocando eu lhe dar tantos conselhos? Será que o comportamento dele acaba fazendo com que as pessoas digam o que ele deve fazer? Isso pode fazer parte do problema ou da melhora?".

Habilidade 4 – Terapeuta verifica se o comportamento do cliente é um CRB

Essa última habilidade é a de abertamente conversar para construírem juntos uma conclusão sobre o significado do que foi observado na relação. Basicamente, o terapeuta explicita suas impressões e/ou per-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

gunta para o cliente se ele também observa a mesma coisa, e se há semelhanças com seus relacionamentos fora da terapia. Assim, a identificação dos CRBs se torna um trabalho conjunto entre terapeuta e cliente, o que em si pode ser terapêutico.

É muito importante que isso possa ser conversado de modo acolhedor, pois o intuito não é confrontar o cliente. Vamos supor que o terapeuta pretende discutir "mudar de assunto diante de perguntas sobre o casamento" como um CRB de Carlos. Assim, perguntar: "Você viu que você mudou de assunto?" pode soar acusatório e produzir afastamento, mas o mesmo tema pode ser abordado de outro modo: "É mais difícil quando nós conversamos sobre os problemas do casamento, não é?". Suponhamos que o terapeuta tenha a hipótese de que "mudar de assunto" é um CRB1, não pela esquiva do assunto em si, mas pela dificuldade do cliente em dizer abertamente que está desconfortável com o tema. Ele poderá continuar a conversa assim: "E é complicado dizer aqui quando você está incomodado com um assunto? E para outras pessoas?", ou, sendo ainda mais gentil, apenas empatizar na direção da hipótese: "Às vezes pode ser complicado dizer quando um assunto incomoda...", dando abertura para o cliente falar sobre isso e, eventualmente, confirmar que este é um padrão relacionado às suas dificuldades (CRB1).

Retomando:

Regra 1: Consciência

- **Habilidade 1:** Terapeuta observa e descreve contingências da sessão.
- **Habilidade 2:** Terapeuta observa seus próprios comportamentos (ações, sentimentos e pensamentos) e seus possíveis evocadores.
- **Habilidade 3:** Terapeuta utiliza o que foi observado na formulação da análise funcional.
- **Habilidade 4:** Terapeuta verifica se o comportamento do cliente é um CRB.

Regra 2: Coragem

Uma vez identificados os CRBs, por meio da Regra 1, o terapeuta procurará evocá-los ao longo das sessões, e essa intervenção é sumariza-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

da na Regra 2, Coragem. Evocar CRBs significa manejar as contingências da sessão de modo a aumentar a probabilidade de que eles aconteçam. O termo "coragem" ressalta a habilidade de enfrentamento de uma situação difícil, necessária ao terapeuta FAP. Evocar CRBs pode provocar ansiedade e desconforto no próprio terapeuta, uma vez que se está tentando produzir uma relação de maior intimidade. Isso exige muito mais autoexposição – afinal, vocês vão conversar sobre a relação de vocês e não sobre o mundo lá fora –, daí a necessidade da "coragem" para fazê-lo. Muitas vezes, ao verificar se um comportamento do cliente é um CRB, o terapeuta inevitavelmente já está evocando mais CRBs, sobrepondo as duas primeiras regras. Neste capítulo, e para fins didáticos, sistematizei duas habilidades principais para a Regra 2.

Habilidade 1 – Terapeuta usa gentileza e empatia como crivos sobre como evocar CRBs

Terapeutas ainda não familiarizados com a FAP, muitas vezes, imaginam intervenções de resultados duvidosos ao especularem sobre a Regra 2. Em aulas sobre FAP, já ouvi ideias aparentemente criativas (e certamente desastrosas), como "o terapeuta chegar atrasado à sessão para propositalmente evocar CRBs de assertividade" ou "bagunçar a sala antes de o cliente chegar para evocar CRBs em um cliente com TOC de organização". Assim como pontuei na Regra 1, o terapeuta deve ser gentil com a relação que está construindo, e empatia poderá ser um bom critério para decidir como aplicar a Regra 2. Ao se colocar no lugar do cliente, como você se sentiria ao saber que seu terapeuta se atrasou de propósito pretendendo "ser terapêutico" com você? Ou que bagunçou a sala para ver o seu TOC "aparecer"? Isso tornaria a relação mais próxima ou lhe afastaria? Compaixão e gentileza não são necessárias apenas no repertório do terapeuta, mas também algo que o cliente deve aprender a sentir para cuidar de si e do ritmo que é capaz de imprimir à terapia (ver McClafferty, 2012). Enfim, você pode perceber que evocar CRBs não significa "gratuitamente cutucar feridas".

O objetivo do terapeuta com a Regra 2 é propiciar a ocorrência de comportamentos *de melhora* do cliente (CRB2). Eventualmente, o

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

cliente se comportará de modo semelhante ao seu problema (CRB1) e isso também será foco de intervenção, mas um terapeuta sensato e empático procurará aumentar as chances de promover melhoras (CRB2) ao invés de problemas (CRB1). A predominância de CRB1 sobre CRB2 pode ser considerada preditiva de fracasso da própria terapia, incluindo o abandono do cliente (Kanter, Landes, Busch, Rusch, Brown, & Baruch, 2006).

Habilidade 2 – Terapeuta formula o que será considerado CRB2

Ter clareza sobre o que consideraremos um CRB2 é essencial, e isso pode ser mais difícil do que identificar um CRB1, até porque comportamentos de melhora são menos frequentes em início de terapia e teremos que especular quais seriam. No caso de Carlos, qualquer comportamento assertivo, por definição (Del Prette & Del Prette, 2014), traz consigo um risco de rejeição e desagrado e poderá ser um CRB2. Assim, "Ainda não estou pronto para falar sobre meu casamento" é um exemplo de melhora (CRB2) para quem se esquivava não apenas do assunto, *mas do risco de rejeição,* tentando desconversar sem deixar claro seu incômodo.

O critério do que será uma melhora precisa levar em conta o processo de modelagem gradual que irá se desenrolar na terapia. Em outras palavras, para quem se esquivava de um assunto enrolando uma resposta, expressar seu desagrado com um mero franzir de sobrancelhas já pode ser um CRB2. Para quem não conseguia acessar seus sentimentos, identificar como se sente dizendo "sinto-me mal" já pode ser sinal de uma razoável melhora para se começar.

Quanto mais pudermos identificar classes molares[3] de CRB2, mais chances teremos de evocá-las. Assim, uma classe ainda mais molar de comportamentos de melhora seria a própria coerência entre ações, pensamentos e sentimentos, a despeito da opinião do outro, também denominada em psiquiatria como "afeto congruente" (Dalgalarrondo, 2008). Em uma análise comportamental, diríamos que este CRB2 impli-

[3] Segundo Logan (1960), a classificação "molar" ou "molecular" refere-se ao quanto respostas qualitativamente diferentes se agregam na análise (molar), ou o quanto adotamos critérios de restrição na definição da classe (molecular). Recusar um pedido abusivo, por exemplo, é uma classe molecular, que pode se agregar a outros comportamentos da classe "assertividade" que, por sua vez, pode pertencer à classe mais molar "habilidades sociais", e assim por diante.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ca o cliente se comportar mais sob o controle de seus estímulos privados, emitindo tatos (cf. Skinner, 1957) sobre como se sente, do que falar seu sentimento com função de mandos (e. g., para produzir cuidado, pena ou cautela no interlocutor). Se o terapeuta de Carlos identifica sinais de que ele está incomodado com um assunto, pode perguntar algo como: "O que lhe incomodou agora?" na tentativa de evocar CRB2. Um exemplo de CRB2 com afeto congruente pode ser: "Sinto-me meio pressionado quando você me pergunta sobre meu casamento".

O problema de Carlos, como de qualquer cliente, pode não estar somente relacionado à esquiva de punição, mas à falta de repertório. Ele pode ter baixo repertório assertivo e, mais ainda, um baixo repertório para identificar o que está sentindo como fruto de uma história de invalidação de sentimentos, e isso seria pré-requisito para uma infinidade de outros comportamentos, passando a ser a classe molar de CRB2 que ele aprenderá com a terapia. Identificar seus sentimentos e dizer algo como "Quando você pergunta sobre meu casamento, sinto medo de contar problemas que vão lhe decepcionar" poderia ser um excelente CRB2.

Habilidade 3 – Terapeuta evoca CRB2 e bloqueia CRB1

Quando tentamos evocar CRB2, estamos certamente apresentando ao cliente uma situação difícil de lidar, e essa dificuldade faz parte de seus problemas. Podemos evocar um CRB2 ao perguntar sobre um assunto difícil, como nos exemplos anteriores, mas também de diversos outros modos, incluindo falar sobre a própria relação ou expressar sentimentos positivos. Quando o terapeuta observa sinais de desconforto e pergunta a Carlos como ele se sente, este pode se esquivar (CRB1) dizendo, por exemplo: "Ah, nada não! Está tudo bem!". A Regra 2 implica também bloquear esquivas classificadas como CRB1 (atenção: nem toda esquiva é um CRB1), reapresentando a situação (no caso, a pergunta). O terapeuta poderá dizer: "Você pareceu desconfortável quando começamos esse assunto, como está se sentindo?".

Para lidar com essa situação, o terapeuta pode reapresentar a situação, tentando deixar mais claro que se trata de uma audiência não puni-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

tiva, por exemplo, por meio da empatia ("Você pareceu desconfortável... Esse assunto parece ser muito espinhoso de se falar"), da normalização dos sentimentos ("Uma crise no casamento nunca é algo simples") ou mesmo da sinalização de que você respeitará o ritmo do cliente ("Você pode falar sobre o que está sentindo, mas não precisa se pressionar. É importante entrarmos nos assuntos à medida que você se sinta preparado para isso"). Pode, ainda, expressar seus sentimentos diante do CRB1 (você lerá mais sobre isso mais adiante, quando falarmos sobre vulnerabilização), mostrando, assim, o impacto de seu comportamento na relação. Uma fala vazia de afeto e verborrágica pode ser bloqueada ao dizer, por exemplo: "Desculpe interromper, mas eu preciso dizer que, por algum motivo, o que você está falando está me dando sono. Eu parei de prestar atenção e agora estou pensando por que isso está acontecendo".

Mesmo nesse caso, o bloqueio de esquiva também deve ser feito de modo gentil. Um cuidado a ser tomado aqui é que a esquiva do cliente reflete a aversividade da pergunta do terapeuta, e insistir com o bloqueio poderá somente escalonar essa aversividade, com resultados infrutíferos. O terapeuta deve priorizar a relação mesmo que para isso abra mão do bloqueio e permita esquivas, deixando essa intervenção para outras oportunidades futuras.

Retomando:

Regra 2. Coragem

- **Habilidade 1:** Terapeuta usa gentileza e empatia como crivos sobre como evocar CRBs.
- **Habilidade 2:** Terapeuta formula o que será considerado CRB2.
- **Habilidade 3:** Terapeuta evoca CRB2 e bloqueia CRB1.

Regra 3: Amor

Não por acaso intitulada "Amor", a terceira regra é, literalmente, o coração da FAP. Ela diz respeito às consequências dos comportamentos clinicamente relevantes dos clientes, e não poderia haver melhor pa-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

lavra para resumir a Regra 3. Estamos falando sobre mais do que reforçamento; estamos apontando para a *necessidade* de ações e expressões de afeto genuínas por parte do terapeuta.

Habilidade 1 – Terapeuta responde de modo genuíno

Uma das bases dessa regra está na questão do reforçamento intrínseco na prática clínica. O verdadeiro e mais poderoso reforçador é aquele intrínseco à resposta. Reforçadores arbitrários como fichas e comestíveis eventualmente podem ser úteis no laboratório, mas sua inserção no contexto de vida cotidiana e em terapia pode ser ineficaz e mesmo contraproducente (Ferster, 1972). A diferença entre reforçador arbitrário e natural é mais emblemática no caso de consequências sociais. Terapeutas frequentemente utilizam o elogio na tentativa de reforçar os comportamentos dos clientes, mas este pode ser mais arbitrário do que parece. Um critério útil aqui é pensarmos o quanto determinado reforçador tornará o indivíduo dependente de quem o libera, dificultando a generalização para outros ambientes.

Nesse sentido, o elogio pode fazer com que o cliente se comporte mais sob o controle do terapeuta do que das consequências intrínsecas à sua ação. O resultado pode ser um cliente que fala o que o terapeuta "deseja ouvir" (modelou via elogios), sem necessariamente fazer o que fala. Mais ainda, se você deseja incentivar autonomia e ajudar o cliente a ficar sob controle do efeito do próprio comportamento ao invés de depender de sua aprovação, vale a pena evitar o "Parabéns" e o "Muito bem".

Então, que consequências sociais seriam mais intrínsecas? Nossas respostas genuínas, nossa própria expressão de afeto coerente, serão as mais poderosas no reforçamento da melhora do cliente. Podemos fazer isso de diversas maneiras, que agrupo aqui em três tipos de consequências intrínsecas e genuínas: (a) o comportamento do cliente produz resultados bem-sucedidos na sessão; (b) o comportamento do cliente produz *feedback* positivo do terapeuta sobre seu significado em termos de melhora; e (c) o comportamento do cliente produz o aprofundamento natural da relação com o terapeuta. A Tabela 11.1 apresenta três CRB2 hipotéticos de Carlos e exemplos de respostas genuínas do terapeuta para cada grupo. Os grupos de respostas não são excludentes entre si.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Tabela 11.1 Exemplos de CRB2 e três diferentes modos de o terapeuta apresentar consequências com o objetivo de reforçá-los*

Exemplos de CRB2 do cliente	Consequências dadas pelo terapeuta		
	Resultados bem-sucedidos	***Feedback* positivo sobre melhora**	**Aprofundamento da relação**
"Podemos mudar o horário da sessão?" (*resposta assertiva*)	"Podemos sim! Que outro horário ficaria melhor?"	"Olha, você viu como acabou de conseguir me fazer um pedido?"	"Acho que estamos ficando mais à vontade aqui, né? Você pôde me fazer um pedido e eu pude saber qual era a sua necessidade"
"Eu ainda fico mal com esse assunto, podemos falar disso mais pra frente?" (*resposta assertiva* mais *afeto coerente*)	"Claro, quando você achar que é a hora, pode voltar neste assunto. Quer conversar sobre alguma ou-tra coisa?"	"Você está me falando sobre como se sente e me fez um pedido em função disso. É um enfrentamento importante o que você acabou de fazer!"	"Eu fico preocupado com o que pode estar acontecendo, mas aliviado por você estar pedindo isso abertamente. Eu me sinto mais tranquilo para fazer alguma colocação sabendo que você conseguiu recusar quando não gostou"
"Eu sinto que consigo ser eu mesmo com você" (*afeto coerente* mais *expressão de sentimento positivo*)	"Ah, é?... E como é conseguir ser você mesmo?"	"Sim! Você está percebendo seus sentimentos e está conseguindo falar sobre eles!"	"Eu acho que estamos bem sintonizados! Eu tenho me sentido muito conectado a você em nossas sessões!"

No grupo das respostas do terapeuta que produzem resultados bem-sucedidos, as consequências para o CRB2 são, talvez, as mais intrínsecas possíveis. Elas correspondem a como imaginaríamos que outras pessoas reagiriam às melhoras de Carlos se também as reforçassem. Ou seja, o reforço natural para fazer um pedido é obter o que se pediu; o reforço para solicitar a interrupção de um assunto é ter o assunto interrompido; e o reforço para a expressão de um afeto positivo é a continuidade da conversa e do interesse do interlocutor. Nesse momento, você poderá se perguntar: "Mas e se eu não tenho outro horário para oferecer?". Ora, ainda assim podemos pensar em respostas que se aproximem das consequências naturais, como expressar que compreendemos a necessidade do cliente e combinar que reveremos seu horário quando as condições forem mais favoráveis.

Quanto ao *feedback* positivo sobre a melhora, a Tabela 11.1 procurou resumir cada *feedback*, mas outra opção poderia ser a de construí-los juntamente com o cliente. Assim, o terapeuta poderia solicitar a Carlos uma reflexão: "O que você acha do que acabou de fazer agora?" e, a partir daí, ex-

* Disponível em www.sinopsyseditora.com.br/fortctg.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

plorarem essa melhora. Já na terceira coluna, o terapeuta busca ressaltar, via suplementação verbal (cf. Skinner, 1957), a consequência natural da atitude do cliente sobre a própria relação e sobre seus sentimentos. Para fazer isso, é necessária uma habilidade adicional: a de vulnerabilização.

Habilidade 2 – Terapeuta se vulnerabiliza

A intimidade se constrói quando comportamentos vulneráveis à punição do outro são reforçados na relação. Por definição, a intimidade envolve risco de experiências aversivas como vergonha, humilhação, desconforto ou rejeição. Por outro lado, é pela construção da intimidade que experienciamos sentimentos como validação, compreensão e cuidado (Wetterneck & Hart, 2012).

O afeto congruente do cliente costuma ser pré-requisito para que também seja um "afeto ressoante" (Dalgalarrondo, 2008), isto é, que produz eco, é sentido pelo outro. Esse é mais um motivo pelo qual o terapeuta deve observar seus sentimentos como parte da análise dos comportamentos do cliente. Contudo, também podemos fazer o raciocínio inverso. Quando o terapeuta expressa afeto congruente, provavelmente isso irá "ressoar" melhor e "chegar" até o cliente, tendo mais efeito terapêutico. Ao genuinamente expressar afeto e falar sobre a própria relação, o terapeuta também se torna vulnerável, e esse é o perigo de todas as relações íntimas: quanto mais íntimo e importante o outro se torna, mais ameaçadora é a sua perda.

Comportamentos vulneráveis incluem: compartilhar pensamentos e sentimentos, incluindo sentimentos desagradáveis (tristeza, vergonha) e também positivos (amor, proximidade, gratidão, esperança); compartilhar memórias e segredos; e aproximar-se fisicamente (Wetterneck & Hart, 2012). Além dos exemplos mais simples da Tabela 11.1, podemos imaginar outras maneiras pelas quais o terapeuta de Carlos pode vulnerabilizar-se. Veja alguns exemplos organizados em frases[4], embora seja mais provável que, na terapia, eles se componham de diálogos mais longos.

[4] Esses exemplos são adaptações de frases que já pronunciei em meus atendimentos. Foi difícil inventar frases de vulnerabilização justamente por não parecerem autênticas. Por esse motivo e para exercitar minha própria vulnerabilização, optei por fazer essa autorrevelação, omitindo qualquer dado de clientes.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

- ✓ Sentimentos desagradáveis: "Eu acho que não consegui te ajudar muito nessa sessão. Sinto que tentei coisas diferentes, mas, infelizmente, não avançamos muito".
- ✓ Sentimentos agradáveis: "Eu gosto muito de você e sou muito grata por ter lhe conhecido".
- ✓ Compartilhar memórias e segredos (autorrevelação): "Sim, eu também tenho medos como os seus. Eu tenho medo de me abrir e depois não ser correspondida, assim como dá medo agora só de estar compartilhando isso".
- ✓ Aproximar-se fisicamente: sentar-se ao lado do cliente no sofá, segurar sua mão enquanto ele chora ou abraçá-lo para comemorar algo bom que aconteceu.

É importante fazer algumas ressalvas. Primeiramente, o terapeuta deve estar atento à função da vulnerabilização: estreitar a relação, tornando-a terapêutica. Falar sobre sentimentos e fazer autorrevelações não deve estar a serviço de interesses do terapeuta.

Além disso, o terapeuta também pode partilhar sentimentos não contingentes a nenhum CRB2 específico, especialmente no caso de sentimentos agradáveis. Aliás, se o terapeuta diz "eu gosto de você" somente quando o cliente conta algo bom, a mensagem recebida será "eu só gosto de você quando você conta algo bom", ensinando o cliente a contar coisas boas como condição para ser gostado, o que seria antiterapêutico. Follete, Naugle e Callaghan (1996) afirmam que uma parte do reforço que o terapeuta provê não contingentemente ao CRB2 é, na verdade, reforço de comportamentos necessários para que a terapia aconteça, como envolver-se, esforçar-se e permanecer em terapia mesmo diante das dificuldades.

Retomando:

Regra 3: Amor

- **Habilidade 1:** Terapeuta responde de modo genuíno.
- **Habilidade 2:** Terapeuta se vulnerabiliza.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Regras 4 e 5: Behaviorismo

As regras 4 e 5 estão identificadas pela última palavra do título da obra de Tsai et al. (2008): Behaviorismo. Assim, os autores ressaltam um olhar analítico-comportamental que, na verdade, perpassa todas as regras da FAP. Na Regra 4, o terapeuta deve avaliar os efeitos potencialmente reforçadores das consequências dos comportamentos de melhora (CRB2). Na Regra 5, o terapeuta deve promover a generalização desses CRB2 para fora da terapia. Em outras palavras, as regras 4 e 5 se preocupam com dois princípios comportamentais, respectivamente: (1) reforçamento só acontece se a frequência do comportamento aumenta; e (2) a generalização também deve ser planejada. Todas as habilidades anteriormente apresentadas são utilizadas também na aplicação das regras 4 e 5. Destacamos, a seguir, duas delas.

Habilidade 1 – Terapeuta analisa diferentes indicadores de reforçamento

As consequências do responder só têm função reforçadora quando retroagem sobre a manutenção ou aumento de sua frequência. Porém, nem sempre podemos esperar por esse aumento para tirarmos nossas conclusões na clínica. Primeiramente, o terapeuta não tem controle de todas as variáveis que poderiam explicar a frequência de alguma resposta do cliente. Fatores como: oportunidade para responder, influência do comportamento verbal, intervalo entre sessões e tudo o mais que acontece na vida do cliente podem comprometer o critério de frequência. Aplicando ao nosso exemplo, vamos supor que Carlos tenha solicitado mudança de horário da terapia (um dos CRB2 da Tabela 11.1), e o terapeuta, no intuito de reforçar esse comportamento, tenha aceitado o pedido. Pode ser que demore muito tempo para que o cliente tenha oportunidade ou necessidade de fazer novos pedidos; o terapeuta não poderá contar só com esse critério para saber se suas intervenções têm valor reforçador. Há pelo menos dois outros indicadores de reforçamento importantes na terapia: os sentimentos e a tendência à ação do cliente.

Tendência à ação é a disposição a agir em determinada direção, e pode-se investigá-la com perguntas diretas, uma vez que a conversa em

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

torno daquele CRB2 naturalmente vá se encerrando. O terapeuta pode então dizer, por exemplo: "Depois de ter me pedido para mudar o horário, o quanto você tenderia a pedir novamente alguma coisa se fosse preciso?". Quanto aos sentimentos, sinais ou relatos de alívio ou de contentamento costumam indicar, respectivamente, contingências de reforço negativo e positivo (Banaco, 1999). Investigar como o cliente se sente poderá indicar, portanto, se a interação foi reforçadora.

Habilidade 2 – Terapeuta planeja a generalização

Originalmente, uma das formas de se promover a generalização na FAP é por meio de tarefas de casa (Kohlenberg & Tsai, 1991). O uso de tarefas de casa não parece ser uma prática frequente na cultura de psicoterapia no Brasil, mas é uma das opções que temos no planejamento da generalização em conjunto com o cliente. Além desta, o terapeuta pode dar orientações de outras maneiras, como orientações para ação ou para reflexão ao longo da semana (Meyer & Donadone, 2002). O planejamento da generalização é importante até mesmo para tornar mais claro que a relação terapeuta-cliente visa, em última instância, às mesmas mudanças fora da sessão, junto às pessoas significativas de sua vida.

Nesse momento, o terapeuta de Carlos poderá auxiliá-lo a discriminar variáveis envolvidas em *como*, *quando* e *com quem* ele pode tentar se comportar de modo análogo à melhora (CRB2) que obteve em sessão. É interessante que, ao invés de somente prescrever tarefas, o terapeuta possa auxiliá-lo a formular, ele próprio, metas graduais e possíveis de serem executadas com sucesso, dando chance para que seu ambiente também reforce seus novos comportamentos.

Retomando:

Regras 4 e 5: Behaviorismo

- **Habilidade 1:** Terapeuta analisa diferentes indicadores de reforçamento.
- **Habilidade 2:** Terapeuta planeja a generalização.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

O AUTOCONHECIMENTO DO TERAPEUTA: SUPERVISÃO E TERAPIA PESSOAL

"Terapeutas efetivos sempre estarão em contato com suas próprias experiências emocionais e esta habilidade representa tanto uma força quanto uma vulnerabilidade" (Follette, 2000). Neste momento de sua leitura, talvez você já tenha se perguntado de que forma o terapeuta pode desenvolver todas as complexas habilidades necessárias à condução da FAP. Várias dessas habilidades requerem autoconhecimento, especialmente ao observar o que se está sentindo. Até o momento, partimos do princípio de que os sentimentos do terapeuta, de algum modo, são subprodutos da interação com o cliente. É verdade, mas também devemos levar em conta a história pessoal do terapeuta.

Na FAP, os problemas e as melhoras do terapeuta também são objeto de análise, sendo denominados T1 (problema do terapeuta acontecendo na sessão) e T2 (melhora ou progresso do terapeuta acontecendo na sessão), conforme Kanter, Tsai e Kohlenberg (2010). Por exemplo, é possível que o terapeuta tenha suas próprias dificuldades para lidar com críticas, sentindo-se irritado e atacado com uma fala assertiva do cliente. Nesse caso, o problema é do terapeuta (T1) e não do cliente. Fazer essa discriminação possibilita que ele classifique adequadamente o comportamento do cliente como um CRB2 e, então, procure maneiras de reforçá-lo, ao invés de simplesmente reagir ao seu incômodo e à sua própria dificuldade. Alguns momentos especialmente difíceis para o terapeuta, quando superados, podem significar uma melhora sobre suas dificuldades pessoais. O terapeuta pode, apesar de suas dificuldades com intimidade, compartilhar um sentimento ou fazer uma autorrevelação com objetivos terapêuticos (T2).

Kohlenberg e Tsai (1991) afirmam que o terapeuta deve ter, em seu repertório de comportamentos, aquilo que pretende ensinar. Isso é especialmente verdade no caso das habilidades de (auto) observar, expressar e evocar emoções (Follette, 2000). Como um terapeuta pouco assertivo poderá ensinar assertividade ao cliente? Como um terapeuta com dificuldades para expressar sentimentos positivos poderá fazê-lo com seu cliente? Por todos esses motivos, defendo que fazer sua própria terapia não deveria ser uma opção, mas sim uma condição na formação do terapeuta. É uma

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

oportunidade para você se colocar no lugar do cliente e perceber o impacto das intervenções de seu terapeuta, de ampliar seu autoconhecimento e seu repertório e de ter um momento em que as suas questões são prioridade, o que ajuda a não misturá-las com os problemas de seus clientes.

A supervisão clínica faz parte do processo de formação do terapeuta. Pesquisadores e clínicos em FAP têm estudado e desenvolvido o que denominam Supervisão FAP (ver Follette, 2000; Callaghan, 2006b; Souza & Vandenberghe, 2007; Darrow, Dalto, & Follette, 2012). Coerente com os pressupostos da FAP, essa supervisão busca, na própria relação supervisor-supervisionando, desenvolver as habilidades do terapeuta, especialmente as que seriam indicadoras de uma melhora de suas dificuldades pessoais (T2). Busca, ainda, implicar o supervisor na mudança, que deve não apenas analisar o cliente, nem somente analisar o supervisionando, mas colocar-se como instrumento de mudança, também falando sobre seus próprios sentimentos e sobre o que acontece na relação durante a supervisão.

Retomando:

- Fazer sua terapia é uma oportunidade para você se colocar no lugar do cliente e perceber o impacto das intervenções de seu terapeuta, de ampliar seu autoconhecimento e seu repertório e de ter um momento em que as suas questões são prioridade, o que ajuda a não misturá-las com os problemas de seus clientes.
- O terapeuta deve ter, em seu repertório de comportamentos, aquilo que pretende ensinar. Isso é especialmente verdade no caso das habilidades de (auto) observar, expressar e evocar emoções.

QUESTÕES DE PESQUISA E DIRECIONAMENTOS FUTUROS

A aplicabilidade da FAP a diferentes problemas tem sido investigada de modo mais sistemático por grupos de pesquisa em algumas regiões do mundo (especialmente Estados Unidos, Brasil e Espanha), além de também ser divulgada por clínicos que a utilizam em seus consultórios e compartilham relatos de casos em capítulos de livros e periódicos científicos.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Em revisão sistemática, Mangabeira, Del Prette e Kanter (2012) encontraram uma diversidade de problemas e diagnósticos psiquiátricos de clientes tratados com FAP, bem como idades dos pacientes (crianças, adolescentes e adultos) e formato de atendimento prioritariamente individual, embora também haja estudos com FAP em grupo. O diagnóstico mais estudado dentre as publicações (16 da amostra de 80) foi a Depressão, seguido de Transtorno de Personalidade Histriônica (três artigos) e Borderline (dois artigos), e também vários outros, como Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Abuso de Substâncias e problemas interpessoais em geral. A partir do foco nas dificuldades interpessoais, a FAP é flexível e pode ser aplicada a diferentes problemas, uma vez que estes têm, ao menos em parte, origem, manutenção ou desdobramentos sobre as relações interpessoais.

Inicialmente, a proposta da FAP não foi construída a partir de pesquisas sobre sua eficácia e efetividade. Ela consiste de uma proposta sistematizada em princípios comportamentais e resultados de décadas de pesquisa básica e aplicada sobre reforçamento, punição, reforço intrínseco *versus* extrínseco, papel do comportamento verbal, variáveis da relação terapêutica, audiência não punitiva, entre outros. A partir daí, grupos de pesquisa passaram a investigar a sua validade, buscando responder perguntas como: a FAP é efetiva na melhora do cliente? Ela pode ser mais eficaz do que outras propostas já validadas na literatura (como a Terapia Cognitivo-Comportamental)? Como podemos utilizá-la no tratamento de diferentes transtornos? Como associar a FAP a outras terapias de terceira onda (como Terapia de Aceitação e Compromisso, Ativação Comportamental e Terapia Comportamental Dialética)?

Em revisão sistemática e metanálise, Öst (2007) encontrou que nenhuma das propostas de terapia de terceira onda preenchia completamente os critérios para ser considerada uma opção de tratamento empiricamente validada. Especialmente no caso da FAP, o autor não encontrou nenhum ensaio clínico randomizado (ECR) em sua revisão. Houve apenas um estudo cuja metodologia se aproximou de ECR, de Kohlenberg, Kanter, Bolling, Parker e Tsai (2002), em que a FAP foi adicionada à terapia cognitiva no tratamento da Depressão.

Mangabeira, Del Prette e Kanter (2012) encontraram, em sua revisão, uma predominância de estudos de caso narrativos (16 estudos)

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

sobre outros estudos de caso com melhores graus de validade interna (13 estudos), pesquisas de sujeito único com delineamento experimental (cinco estudos) e pesquisa de grupo (somente um estudo). A grande proporção desses estudos narrativos é de publicações brasileiras, o que parece indicar os esforços de clínicos na divulgação de seu trabalho e, ao mesmo tempo, a necessidade de mais pesquisas em FAP no país.

Ainda com limitações metodológicas, as publicações levantadas na referida revisão apontam para um futuro promissor. Na pesquisa de Kohlenberg et al. (2002), a Terapia Cognitiva "aprimorada com FAP" produziu melhores resultados sobre as medidas de desfecho de sintomas de Depressão do que a Terapia Cognitiva sozinha. Mais ainda, produziu melhora no funcionamento interpessoal dos clientes, resultado este não alcançado somente com a Terapia Cognitiva. Por fim, a aprendizagem das habilidades necessárias à aplicação da FAP fez com que os terapeutas do estudo melhorassem suas habilidades em Terapia Cognitiva, ainda que já fossem experientes nessa modalidade.

Kohlenberg e Tsai (1994) afirmam que a FAP é uma terapia integrativa, pois, ao fundar suas bases no Behaviorismo, se abre ao potencial de qualquer outro ponto de vista terapêutico ou técnico (como psicanálise ou terapia cognitivista) a partir da questão: qual é a racional para eu selecionar a técnica apropriada para um cliente particular em um momento particular da terapia? Ao explorar respostas para essa questão, devemos ressaltar aqui que os autores não estão propondo ecletismo teórico. O raciocínio clínico continua sendo a análise funcional, aplicada inclusive à própria tomada de decisão por esta ou aquela intervenção.

O integracionismo da FAP tem sido testado na junção dessa proposta a outras de terceira onda. Uma dessas propostas é a Ativação Comportamental (BA) no tratamento da Depressão. Segundo Kanter, Manos, Busch e Rusch (2008), ao se basear em contingências de fora da sessão, a BA propõe técnicas excessivamente baseadas em dar instruções ao cliente ao invés de reforçar comportamentos de melhora. Nesse artigo, os autores propõem que a FAP pode fazer "a Ativação Comportamental se tornar mais comportamental" (p. 790), uma vez que foca contingências da relação terapêutica, possibilitando o reforçamento de

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

comportamentos de "ativação" (CRB2 opostos ao padrão depressivo). No ano seguinte, Manos, Kanter, Rusch, Turner, Roberts e Busch (2009) apresentaram os resultados da Ativação Comportamental aprimorada com FAP ("FABA"), em um caso de paciente com problemas em relacionamentos amorosos, com melhoras em termos de enfrentamentos e redução de esquivas, obtidas com medidas objetivas e repetidas.

A FAP também tem sido utilizada em associação com a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), e a junção dessas terapias tem sido denominada FACT (Callaghan, Gregg, Marx, Kohlenberg, & Gifford, 2004). Os autores argumentam que essa integração possibilita o foco em problemas interpessoais (FAP) e intrapessoais (ACT), e que as técnicas que vêm sendo desenvolvidas nas duas terapias podem melhorar uma à outra. A junção da FAP à ACT (ver Capítulo 12 deste livro), assim como essas propostas isoladamente têm sido ensinadas por pesquisadores na forma de *workshops*, com método vivencial (e. g., Kanter, 2012), coerente com a proposta de ampliar o autoconhecimento do terapeuta e levá-lo a aprender, na própria contingência, aquilo que depois ele pretende ensinar ao cliente.

Retomando:

A FAP é uma terapia integrativa, pois, ao fundar suas bases no Behaviorismo, se abre ao potencial de qualquer outro ponto de vista terapêutico ou técnico (como psicanálise ou terapia cognitivista), a partir da questão: qual é a racional para eu selecionar a técnica apropriada para um cliente particular em um momento particular da terapia?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo uma proposta ainda muito nova na história da terapia comportamental (e, mais ainda, na história da psicoterapia), há muito que se investigar até que a eficácia e a efetividade da FAP sejam validadas empiricamente. O integracionismo da FAP é promissor e poderá ser uma solução criativa para que as pesquisas continuem a desenvolvê-la sem abrir mão de sua coerência epistemológica. Dialogar com outras

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

psicoterapias poderá também ser fundamental para combater o isolamento teórico em que muitas vezes se viu o Behaviorismo no âmbito das psicologias. Poderá, ainda, ser uma maneira de aprendermos com outras abordagens psicoterápicas e com algumas de suas temáticas, como sonhos e questões existenciais, da morte ao sentido da vida. Quanto à prática clínica, espero que este capítulo possa ter colaborado com diretrizes gerais sobre o funcionamento da FAP e, principalmente, fomentado seu interesse para a busca de outros subsídios (supervisão FAP e psicoterapia pessoal) para sua formação e para adaptar a proposta às suas características pessoais e ao seu estilo de trabalho.

Retomando:

- Dialogar com outras psicoterapias poderá também ser fundamental para combater o isolamento teórico em que muitas vezes se viu o Behaviorismo no âmbito das psicologias.
- Poderá, ainda, ser uma maneira de aprendermos com outras abordagens psicoterápicas e com algumas de suas temáticas, como sonhos e questões existenciais, da morte ao sentido da vida.

REFERÊNCIAS

Abreu, P. A., Hübner, M. M. C., & Lucchese, F. (2012). The Role of Shaping the Client's Interpretations in Functional Analytic Psychotherapy. *The Analysis of Verbal Behavior, 28*, 151-7.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Banaco, R. A. (1999). O acesso a eventos encobertos na prática clínica: Um fim ou um meio? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 1*(2), 135-42.

Baum, W. (2006). *Compreender o Behaviorismo*: Comportamento, cultura e evolução. Porto Alegre: Artmed.

Braga, G. L. B & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia (Campinas), 23*(3), 307-14.

Callaghan, G. M. (2006a). The Functional Idiographic Assessment Template System (FIAT). *The Behavior Analyst Today, 7*(3), 357-98.

Callaghan, G. M. (2006b). Functional analytic psychotherapy and aupervision. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy, 2*(3), 416-31.

Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Darrow, S. M., Dato, G., & Follette, W. C. (2012). Equifinality in functional analytic psychotherapy: Different strokes for different folks. *International Journal of Consultation and Therapy, 7*(2-3), 38-44.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2014). *Psicologia das relações interpessoais*: Vivências para o trabalho em grupo. Petrópolis: Vozes. (11ª. Ed., 1ª. em 2001.)

Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B., Kohlenberg, B. S., & Gifford, E. (2004). FACT: The utility of an integration of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*, 195-207.

Ferster, C. B. (1972). Clinical reinforcement. *Seminars in Psychiatry, 4*(2), 101-1.

Follette, V. (2000). The role of emotion in psychotherapy supervision: A contextual behavioral analysis. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*, 306-12.

Follette, W. C., Naugle, A. E., & Callaghan, G. M. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy, 27*, 623-41.

Hayes, S. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy, 35*, 639-65.

Kanter, J. B. (2012). *Using Functional Analytic Psychotherapy (FAP) to Maximize the Power of Your Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Interventions*. Acesso em 01 de Outubro de 2012, disponível em http://contextualscience.org/wc10_Kanter

Kanter, J., Tsai, M., & Kohlenberg, R.J. (Eds.) (2010). *The practice of functional analytic psychotherapy*. New York: Springer.

Kanter, J. B., Manos, R. C., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2009). Making behavior activation more behavioral. *Behavior Modification, 32*(6), 780-803.

Kanter, J. W., Landes, S. J., Busch, A. M., Rusch, L. C., Brown, K. R., & Baruch, D. E. (2006). The effect of contingent reinforcement on target variables in outpatient psychotherapy for Depression: A successful and unsuccessful case using Functional Analytic Psychotherapy. *Journal of Applied Behavior Analysis, 39*(4), 463-7.

Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M. Y., Parker, C. R., & Tsai, M. (2002). Enhancing cognitive therapy for depression with functional analytic psychotherapy: Treatment guidelines and empirical findings. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 213-29.

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1994). Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 4*, 175-201.

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*: Creating intense and curative therapeutic relationships. New York: Plenum.

Logan, F. A. (1960). *Incentive*. New Haven: Yale University Press.

Mangabeira, V., Del Prette, G., & Kanter, J. (2012). Functional Analytic Psychotherapy (FAP): A review of publications from 1990 to 2010. *International Journal of Behavior Consultation and Therapy, 7*(2-3), 79-89.

Manos, R. C., Kanter, J. W., Rusch, L. C., Turner, L. B., Roberts, N. A., & Busch, A. M. (2009). Integrating Funcional Analytic Psychotherapy and Behavior Activation for the treatment of relationship distress. *Clinical Case Studies, 8*(2), 122-37.

McClafferty, C. (2012). Expanding the cognitive behavioural therapy traditions: An application of functional analytic psychotherapy treatment in a case study of depression. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*(2-3), 90-5.

Meyer, S. B., Del Prette, G., Zamignani, D. R., Banaco, R. A., Neno, S., & Tourinho, E. Z. (2010). Análise do comportamento e terapia analítico-comportamental. In E. Z. Tourinho, S. V. de Luna, & L. A. Vasconcelos (Orgs.), *Análise do comportamento*: Investigações histó-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ricas, conceituais e aplicadas (v. 1, pp. 153-174). São Paulo: Roca.

Meyer, S. B. & Donadone, J. (2002). O emprego da orientação por terapeutas comportamentais. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 4*(2),79-90.

Neno, S. (2003). Análise funcional: definição e aplicação na terapia analítico-comportamental. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 5*(2), 151-165.

Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 296-321.

Sidman, M. (2001). *Coercion and its fallout*. Boston, MA: Authors Cooperative, Inc.

Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: MacMillan.

Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Souza, A. C. A. & Vandenberghe, L. (2007). Possibilidades da FAP como método de supervisão de terapeutas com clientes Borderlines. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 9*(1), 1-11.

Sturmey, P. (2011). *Functional analysis in clinical treatment*. New York: Academic Press.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette, W., & Callaghan, G. M. (2008). *A guide to functional analytic psychotherapy*: Awareness, courage, love, and behaviorism. New York: Springer.

Vandenberghe, L. (2014). Terceira onda e terapia analítico-comportamental: Um casamento acertado ou companheiros de cama estranhos? *Boletim Contexto, 34*, 33-41.

Wetterneck, C. T. & Hart, J. M (2012). Intimacy is a transdiagnostic problem for Cognitive Behavior Therapy: Functional Analytical Psychotherapy is a solution. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 7*(2-3), 167-76.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

12 FACT: Integrando Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP) e Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)

Fabián Orlando Olaz

Os relacionamentos se alimentam do que os relacionamentos geram.

Fabián O. Olaz

INTRODUÇÃO

A Psicoterapia Analítico-Funcional (*Functional Analytic Psychotherapy* – FAP – ver Capítulo 11 deste livro) e a Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT – ver Capítulos 6-10 deste livro) são duas abordagens psicoterapêuticas contemporâneas desenvolvidas para lidar com diferentes patologias e problemas clínicos de alta complexidade. Essas terapias têm como objetivo a identificação e a manipulação de variáveis do contexto que causam e controlam os comportamentos problemáticos dos clientes, utilizando ferramentas de análise e modificação de comportamento. Devido aos seus enfoques transdiagnósticos, essas abordagens têm se mostrado úteis para múltiplos problemas psicológicos, e sua eficácia está sendo evidenciada a cada ano.

Segundo Callaghan, Gregg, Marx e Kohlenberg (2004), dentro dos comportamentos problemáticos dos clientes, é possível identificar dificuldades interpessoais (e. g., dificuldades em estabelecer relações íntimas) e dificuldades intrapessoais (e. g., dificuldades para perceber ou

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

experimentar emoções desagradáveis), e cada uma dessas abordagens está indicada, com maior ênfase, para cada uma dessas dificuldades (FAP predominantemente para o primeiro tipo e ACT para o segundo).

Ainda que ambas as psicoterapias tenham sido desenvolvidas de forma independente, do nosso ponto de vista não diferem em nível de posicionamento filosófico (hipótese de mundo), princípios da abordagem (análise e modificação de comportamento e utilização da relação terapêutica como campo de trabalho) e objetivo terapêutico (discriminação de funções e contextos, a fim de treinar padrões flexíveis de comportamento). Por esse motivo, as duas abordagens podem ser complementares e sinérgicas.

Como afirmam Kohlenberg et al. (2005), o encontro entre a FAP e a ACT tem sido facilitado pela criação de um amplo movimento chamado de Análise do Comportamento Clínico, considerado por Dougher (1993, em Kohlenberg et al, 2005) como uma perspectiva que estende as contribuições da análise do comportamento a populações e temas que têm sido tradicionalmente negligenciados pelos analistas do comportamento, incluindo nestas temáticas o estudo do comportamento verbal e o trabalho com populações clínicas.

Neste capítulo, apresento uma forma de trabalho clínico que integra princípios de ambos os enfoques terapêuticos, considerando que essa integração permite aumentar a eficácia que eles podem ter por si só. Embora tenham algumas diferenças, essas duas psicoterapias comportamentais compartilham muitas características de importância, além de complementaridades que facilitam a sua integração no trabalho clínico voltado para o aumento da flexibilidade psicológica através da criação de relações emocionais intensas e de cura no consultório. Coincidindo com Callaghan et al (2004), essa abordagem, que chamamos de FACT (segundo esses autores) aumenta o alcance dos enfoques terapêuticos ao nos permitir abordar comportamentos clínicos intrapessoais e interpessoais.

Uma advertência importante para o leitor é que a nossa forma de integrar com os dois modelos se baseia, fundamentalmente, na implementação do modelo *Matrix* (Polk, 2014 – ver Capítulo 9 deste livro). No entanto, existem outras propostas, e recomendamos ao leitor buscar essas fontes, a fim de se aprofundar nessa integração.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ESTABELECENDO UM PONTO DE VISTA EM COMUM

Como Pepper (1970) aponta, todas as ciências são baseadas em pressupostos básicos ou hipóteses de mundo, as quais incluem metáforas do mundo e critérios de validação ou verdade. Então, podemos pensar sobre o mundo a partir de uma hipótese mecanicista, adotando a metáfora da máquina como um modelo de representação. Assim, nós representamos a realidade como uma grande máquina newtoniana, em que cada fenômeno é completamente determinado por causas identificáveis a partir de uma análise de como funcionam as partes dessa "máquina". O objetivo da ciência seria a descoberta de leis que permitam identificar as causas dos fenômenos para, dessa maneira, chegar à predição dos mesmos. Assume-se que os modelos que apresentam uma maior correspondência com o funcionamento daquilo que eles representam são mais verdadeiros, porque eles aumentam o poder preditivo. Os modelos mais verdadeiros serão utilizados para projetar intervenções direcionadas a modificar as causas para modificar o fenômeno (Pepper, 1970).

Assim, diante de um cliente que apresenta problemas específicos de comportamento (e. g., comportamentos agressivos durante a sessão), a tarefa do psicoterapeuta pode ser direcionada a identificar e modificar certas cognições desadaptativas e, assim, diminuir a frequência e a intensidade dos comportamentos do cliente.

No entanto, podemos assumir uma hipótese contextualista funcional adotando como uma metáfora de mundo o ato em contexto, e como critério de verdade o trabalho eficiente. A partir desse ponto de vista, o qual a ACT e a FAP compartilham, o trabalho eficiente é definido com base nos objetivos perseguidos, e o objetivo da ciência contextual funcional é prever e influenciar os eventos com precisão (parcimônia no número de conceitos utilizados para abordar um fenômeno), alcance (os conceitos são aplicáveis a fenômenos diferentes) e profundidade (os conceitos utilizados no nível psicológico são aplicáveis a outros níveis de análise) (Hayes, Barnes-Holmes, & Wilson, 2012).

O Contextualismo Funcional (CF) compartilha os pressupostos básicos do behaviorismo radical (Törneke, 2010). Assim, a partir do CF, um evento psicológico (comportamento) inclui quase qualquer

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

coisa que um ser humano pode realizar como caminhar, chorar, falar, pensar, sentir, etc. (Törneke, 2010). Como se pode observar, inclui eventos privados em seu próprio direito, só que, para prevê-los e influenciá-los, não precisamos diferenciar nem supor qualquer primazia de um sobre o outro.

Outro dos pressupostos básicos do CF é que um comportamento deve ser sempre compreendido em relação ao contexto em que ele ocorre, entendendo por contexto tudo o que está em torno de um comportamento (Hayes, Barnes-Holmes, & Wilson, 2012), incluindo a história de aprendizagem e a relação terapêutica. Por essa razão, e porque o interesse não está apenas em prever, mas também em influenciar os eventos psicológicos, o foco de um terapeuta CF estará nas variáveis do contexto, pois somente através de sua manipulação que se pode influenciar os eventos psicológicos (Hayes, Barnes-Holmes, & Wilson, 2012). Em outras palavras, as intervenções do terapeuta sempre apontam para o contexto dos eventos psicológicos, e esse contexto será definido pela possibilidade de prever e influenciar os comportamentos do paciente a partir da intervenção.

Para prever e influenciar os eventos psicológicos devemos compreender a sua função, ou seja, para que eles são realizados. Simplificando, a relação de um comportamento com seu contexto pode ser estabelecida com o propósito de se aproximar do que é importante para o organismo (função apetitiva) ou para escapar daquilo que é perigoso ou aversivo (função aversiva). Os contextos de *controle aversivo* do comportamento estão ligados a um estreitamento do repertório comportamental e à sua variabilidade, gerando menor sensibilidade às contingências. Os *contextos apetitivos*, ao contrário, estão ligados a uma maior sensibilidade às contingências, a uma maior variabilidade no repertório comportamental e a uma maior flexibilidade (Sandoz, Wilson e Dufrene, 2010).

Graficamente, podemos representar isso na Figura 12.1. Como se pode ver, o comportamento humano ocorre em dois contextos fundamentais: um contexto de eventos públicos, representado metaforicamente como "cinco sentidos"; e um contexto privado (verbal), representado metaforicamente como "mente". Além disso, o comportamento atende a duas funções principais representadas no eixo horizontal, funções apetitivas (aproximar-se) e funções aversivas (escapar).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

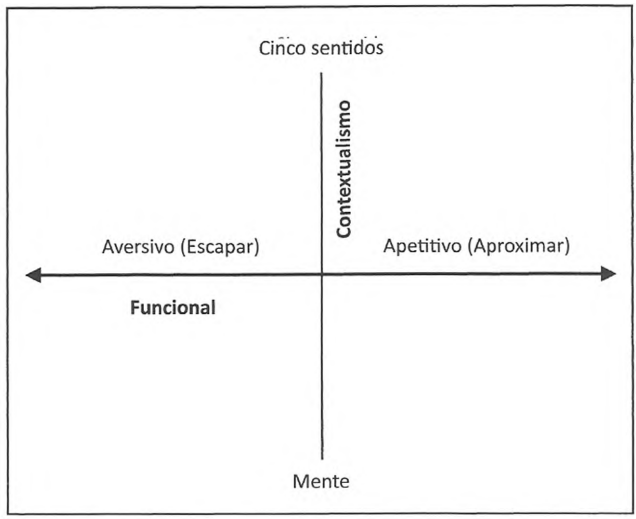


Figura 12.1 Representação gráfica do ponto de vista Contextualista Funcional. Fonte: Baseado em Polk, 2014, comunicação pessoal.

Trabalhar a partir de ACT e FAP implica uma visão em que todo comportamento é analisado em seu contexto e função, priorizando a análise funcional do comportamento acima de uma visão centrada na redução ou modificação de eventos privados. A psicoterapia implica um processo de treinamento em discriminações de contextos e funções, a fim de estabelecer contextos facilitadores de vida orientada para o que é importante. Nesse sentido, nossas intervenções não são guiadas para determinar se o que uma pessoa pensa ou sente é "verdade", mas o que funciona frente às diferentes situações da sua vida. Assim, os problemas "intrapessoais" são abordados a partir de intervenções que visam alterar contextos verbais, enquanto os "interpessoais", a partir da manipulação de contextos relacionais (Callaghan, Gregg, Marx e Kohlenberg, 2004).

Como será visto mais adiante, os processos de "atolamento" verbal também afetam as relações. Considerando que os seres humanos vivem em um mundo intensamente verbal, são poucos os problemas psicológicos que não incluam, em certa medida, ambos os fatores "intrapessoal" e "interpessoal" e, portanto, a integração de ambas as abordagens não é apenas possível, mas necessária. No entanto, antes de chegar nesse tema, retomemos os princípios básicos de ambas as terapias.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- Todas as ciências são baseadas em pressupostos básicos ou hipóteses de mundo.
- Partindo da hipótese contextualista funcional, a metáfora de mundo é o ato em contexto, e o critério de verdade é o trabalho eficiente.
- A partir do CF, um evento psicológico (comportamento) inclui quase qualquer coisa que um ser humano pode realizar e deve ser sempre compreendido em relação ao contexto em que ocorre.
- As intervenções do terapeuta sempre apontam para o contexto dos eventos psicológicos, e esse contexto será definido pela possibilidade de prever e influenciar os comportamentos do paciente a partir da intervenção.
- Trabalhar a partir de ACT e FAP implica uma visão em que todo comportamento é analisado em seu contexto e função, priorizando a análise funcional do comportamento acima de uma visão centrada na redução ou modificação de eventos privados.
- A psicoterapia implica um processo de treinamento em discriminações de contextos e funções, a fim de estabelecer contextos facilitadores de vida orientada para o que é importante.
- Os problemas "intrapessoais" são abordados a partir de intervenções que visam alterar contextos verbais, enquanto que os "interpessoais", a partir da manipulação de contextos relacionais.

ACT: A FLEXIBILIDADE NO CORAÇÃO

O trabalho terapêutico da ACT está diretamente baseado em sua filosofia e na teoria da linguagem proposta pela RFT (*Relational Frame Theory* – Teoria das Molduras Relacionais; ver Capítulo 6 deste livro). A partir desse ponto de vista, os clientes não têm nada "quebrado" ou "ruim", pois se presume que os problemas que os clientes trazem à terapia são, em grande parte, derivados do fato de se viver em um mundo "intensamente verbal" (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Assim, o sofrimento psicológico é o resultado de operações linguísticas em si mesmas e de seu uso excessivo como um meio de regulação comportamental, o qual é reforçado pela comunidade verbal. Enfraquecer o impacto desses contextos verbais sobre o comportamento humano é um dos principais objetivos da ACT (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

A alternativa proposta pela ACT é a mudança na relação que as pessoas têm com seus pensamentos e emoções e com outros eventos privados, a partir da premissa de que as experiências internas em si não podem ser alteradas. O objetivo terapêutico da ACT é a *flexibilidade psicológica*, definida como a disposição ativa para entrar em contato com a experiência no momento presente, de forma consciente e sem defesa, a serviço daquilo que é importante para a pessoa. Desse modo, considera-se que a flexibilidade psicológica é o resultado de seis processos comportamentais, funcionalmente definidos e conceitualmente interdependentes: *Estar Presente, Aceitação, Desfusão, Eu-contextual, Valores e Ação Comprometida* (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012).

Como pode ser inferida, a inflexibilidade psicológica é uma característica fundamental de vários problemas psicológicos, e cada um dos seis processos será envolvido em maior ou menor grau (Sandoz, Wilson, & Dufrene, 2010). Coincidindo com esses autores, pensamos que o comportamento humano, em geral, pode ser descrito a partir de um *continuum* de flexibilidade psicológica, ou de um *continuum* em relação a cada um desses processos.

O objetivo da psicoterapia será a busca da flexibilidade psicológica a partir de um aumento da flexibilidade dos repertórios comportamentais da pessoa, focando cada um dos processos representados. A partir dessa perspectiva, os sintomas são problemáticos não por causa de sua frequência ou pelo seu caráter "anormal", mas porque eles são apresentados como um obstáculo para uma vida plena e valiosa. Por isso, trabalhamos "em conjunto" com os nossos clientes a partir de um enfoque ideográfico (focado em cada caso) e contextual, que assume a psicoterapia como um ambiente de aprendizagem de padrões comportamentais flexíveis.

A tarefa do terapeuta visa gerar contextos em que o cliente possa vivenciar emoções, sentimentos e lembranças, alguns deles muito dolorosos, sem procurar que a ansiedade ou as emoções sejam extintas, mas com o propósito de treinar o cliente para uma disposição flexível e aberta a essas experiências (Luoma, Hayes, & Walser, 2007), além de esclarecer o que é importante em sua vida, abrindo a possibilidade de redirecionar sua vida nesse sentido (Sandoz, Wilson, & Dufrene, 2010) usando a relação terapêutica como um campo de trabalho.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Coincidindo com Callaghan et al. (2004), uma limitação da ACT está ligada ao fato de que a flexibilidade psicológica nunca acontece em um vácuo e, muitas vezes, o cliente não tem um contexto de aprendizagem adequado para o desenvolvimento dos repertórios de comportamentos interpessoais necessários para o estabelecimento de relações íntimas ou favoráveis para aquilo que ele espera. Conforme ilustrado, a seguir, no exemplo clínico de Ana, nesses casos é necessária a geração de contextos de aprendizagem de novos repertórios interpessoais.

Exemplo clínico

Ana diz ter grandes dificuldades em nível interpessoal. É difícil para ela expressar o que sente e pedir o que precisa, mesmo quando sabe que é certo. Sente que ninguém leva isso a sério, e que as pessoas abusam dela por ser "muito boa". Também relata ter pensamentos negativos sobre si mesma e expectativas de que, se mostrar-se como é, as pessoas não vão aceitar e vão rejeitá-la. Relata "ficar enganchada" nesses pensamentos e, quando isso acontece, aciona mecanismos para se distrair, isola-se ou, por vezes, bebe álcool. Manifesta ter muito medo do abandono ou de ser rejeitada e que sente muita raiva em não poder se mostrar como realmente é. As áreas que geram mais desconforto são os seus relacionamentos: conjugal ou com suas amigas.

Retomando:

- O trabalho terapêutico da ACT está diretamente baseado em sua filosofia e na teoria da linguagem proposta pela RFT. A partir dessa teoria, presume-se que os problemas que os clientes trazem à terapia são, em grande parte, derivados do fato de vivermos em um mundo "intensamente verbal".
- Enfraquecer o impacto desses contextos verbais sobre o comportamento humano é um dos principais objetivos da ACT.
- O objetivo da psicoterapia é buscar a flexibilidade psicológica a partir de um aumento da flexibilidade dos repertórios comportamentais da pessoa.
- A tarefa do terapeuta visa gerar contextos em que o cliente possa vivenciar emoções, sentimentos e lembranças, sem procurar que a ansiedade ou emoções sejam extintas, mas com o propósito de treinar o cliente para uma disposição flexível e aberta a essas experiências.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

- Uma limitação da ACT é que não inclui ferramentas de intervenção para os casos em que o cliente pode não ter desenvolvido repertórios de comportamentos interpessoais necessários para o estabelecimento de relações íntimas ou adequadas para aquilo que ele considera importante em sua vida.

FAP: O CORAÇÃO NA RELAÇÃO

A Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP; ver Capítulo 11 desta obra) tem como objetivo o trabalho com problemas interpessoais que impedem que o cliente tenha relações significativas e de reforço, muitas vezes devido a um seguimento patológico de regras verbais que impedem uma maior sensibilidade às contingências do comportamento. A partir da FAP (Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette, & Callaghan, 2009), enfatiza-se que o seguimento patológico de regras é um componente presente em diferentes problemas psicológicos, e a melhora clínica pode estar associada a uma maior sensibilidade às contingências.

Quando falamos de *comportamento governado por regras* nos referimos à tendência dos seres verbais para executar comportamentos baseados em regras verbais que estabelecem relações comportamento-comportamento. Por outro lado, o *comportamento governado por contingências* envolve a monitorização e a modificação do mesmo, de acordo com os resultados do comportamento em andamento (Tsai, et al, 2009).

Considerando que os problemas interpessoais são um dos aspectos mais afetados em nossos clientes, uma relação terapêutica próxima e intensa passa a ser um "laboratório de contingências" para essas problemáticas, além de uma ferramenta de mudança e enriquecimento mútuo. Como já foi referido, a partir do contextualismo funcional sustenta-se que para produzir uma mudança de comportamento é necessário trabalhar no contexto, e em FAP o contexto relacional torna-se o eixo da mudança, de modo que uma relação genuína e intensa passa a ser uma relação de cura.

A partir da FAP, considera-se que o comportamento do cliente durante a sessão é uma amostra válida de seu comportamento fora das ses-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

sões. Nesse sentido, os comportamentos que fazem parte da mesma classe funcional (comportamentos topograficamente diferentes, mas agrupados em uma mesma função) que os comportamentos-problema do cliente vão aparecer na sessão, e é nesse mesmo contexto que se apresenta a melhor oportunidade para o trabalho de mudança (Weeks, Kanter, Bonow, Landes, & Busch, 2011; Tsai, Callaghan, & Kohlenberg, 2013).

A proximidade interpessoal do terapeuta evocará diferentes comportamentos no cliente, tanto comportamentos-problema quanto comportamentos que representam melhorias, fornecendo dicas contextuais ligadas à história da aprendizagem dos clientes. Por isso, a base do trabalho está na modelagem de repertórios de comportamentos mais adaptativos na sessão por meio de uma aprendizagem com base nas contingências da relação, os quais serão generalizados fora da sessão através de um treinamento em múltiplos exemplares. A modelagem na sessão permite o desenvolvimento de habilidades do cliente sem a necessidade de recorrer à instrução verbal, o que pode gerar mais regras que impedem a realização da "flexibilidade interpessoal".

Em relação a esse ponto, nem todos os comportamentos do cliente executados em sessão são relevantes. Portanto, uma adequada Formulação de Caso Clínico (FCC) permitirá identificar os Comportamentos Clinicamente Relevantes (do inglês, *Clinically Relevant Behavior* – CRB). Os comportamentos problemáticos do cliente (CRB1) fazem parte de classes de respostas que incluem os comportamentos problemáticos fora da sessão. Da mesma forma, as melhorias do cliente intrassessão (CRB2), ao serem reforçadas diferencialmente pelo terapeuta, generalizam-se em comportamentos com equivalência funcional fora da sessão. Para isso, o terapeuta deve estar atento (Regra 1) às contingências da relação terapêutica, pois é a partir daí que se evoca o CRB (Regra 2), identificando e reforçando naturalmente os CRB2 do cliente (Regra 3), de forma que esses comportamentos vão retirando o valor funcional dos CRB1. Para que isso aconteça, o terapeuta deve estar sempre atento ao efeito do reforço diferencial, e se isso tem um impacto em termos de aumento dos CRB2 (Regra 4) (Weeks et al, 2011).

Finalmente, o terapeuta modela e reforça descrições funcionais das variáveis que controlam o comportamento (CRB3), já que isso pode favorecer a generalização e aumentar o controle contextual dos compor-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

tamentos do cliente (Regra 5). A partir de um contexto de intimidade e proximidade, o cliente poderá começar a assumir riscos interpessoais na sessão, e o terapeuta pode convidá-lo a generalizar esses comportamentos como prática intersessão (Regra 5) (Weeks et al, 2011).

Exemplo clínico

No caso de Ana, o terapeuta deve fazer uma adequada formulação, a fim de identificar quais são as respostas específicas emitidas em situações sociais relevantes para os objetivos estabelecidos na terapia.

Por exemplo, Ana pode ter grande dificuldade de expressar seu desconforto com o seu parceiro quando não respeita seus horários e chega atrasado para compromissos combinados com ela. O terapeuta deve identificar a ocorrência de CRB1 (e. g., não expressar desconforto com um atraso do terapeuta) e CRB2 (e. g., expressar desconforto para o terapeuta, no caso de uma mudança de horário), além de aproveitar as oportunidades em que os comportamentos ocorrem para reforçar os CRB2 de forma natural, contingente e autêntica.

O terapeuta pode perguntar a Ana se ela ficou incomodada por ele ter chegado tarde, para evocar CRB2, expressando, inclusive, como isso afeta a relação. Assim, por exemplo, o terapeuta pode dizer à cliente:

> "Às vezes tenho dificuldade em saber do que você não gosta em minhas atitudes e eu realmente gostaria de saber, porque isso pode me permitir cuidar muito mais da nossa relação. Você estaria disposta a me dizer se existe alguma coisa que eu tenha feito que esteja incomodando você?".

Da mesma forma, frente a um CRB2, o terapeuta pode reforçar a sua aparição expressando para Ana o que isso gera nele, a fim de fortalecer esse comportamento em seu repertório:

> "Mesmo quando sinto algum desconforto quando você diz que não gosta do fato de eu ter chegado tarde, eu lhe agradeço por me dizer, porque sei o quanto é importante para você expressar isto. Eu a agradeço por sua coragem, pois isso faz com que eu seja mais cuidadoso no futuro, e peço desculpas por isso".

Desse modo, o terapeuta tenta reforçar a aparição do CRB2 de Ana, a fim de aumentar as funções apetitivas desse comportamento, generalizando essas funções a outros comportamentos que são parte da mesma classe funcional (e. g., expressar seu incômodo a seu parceiro).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Conforme demonstrado pelo exemplo, a habilidade do terapeuta de identificar a ocorrência de comportamentos que representam melhorias na sessão e reforçá-los é a chave em FAP.

Como observado por Callaghan et al. (2004), um problema potencial em FAP é que, ao reforçar comportamentos que representam melhorias em nível interpessoal, pode-se, inadvertidamente, reforçar processos de fusão ou de Esquiva Experiencial (EE). Por exemplo, em uma sessão em que se trabalhava com algumas emoções muito dolorosas, relacionadas ao seu medo de ser rejeitada e abandonada, com algumas recordações da infância relacionadas a esse medo, Ana expressou ao terapeuta seu desejo de mudar de assunto, dado o intenso desconforto que essa experiência estava lhe causando. Assim, mesmo quando o comportamento de Ana representa uma melhoria de acordo com a FAP, ele pode também ser entendido como um comportamento de EE a partir de ACT, o qual não deveria ser reforçado.

Retomando:

- A Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP) tem como objetivo o trabalho com problemas interpessoais.
- A partir da FAP, considera-se que o comportamento do cliente durante a sessão é uma amostra válida de seu comportamento fora das sessões.
- A base do trabalho está na modelagem de repertórios de comportamentos mais adaptativos na sessão por meio de uma aprendizagem com base nas contingências da relação, os quais serão generalizados fora da sessão através de um treinamento em múltiplos exemplares.
- Os comportamentos problemáticos do cliente (CRB1) fazem parte de classes de respostas que incluem os comportamentos problemáticos fora da sessão. Da mesma forma, as melhorias do cliente intrassessão (CRB2), ao serem reforçadas diferencialmente pelo terapeuta, generalizam-se em comportamentos com equivalência funcional fora da sessão.
- O terapeuta modela e reforça descrições funcionais das variáveis que controlam o comportamento (CRB3), já que isso pode favorecer a generalização e aumentar o controle contextual dos comportamentos do cliente.
- Um problema potencial em FAP é que, ao reforçar comportamentos que representam melhorias em nível interpessoal, pode-se, inadvertidamente, reforçar processos de fusão ou de esquiva experiencial.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

FACT: O RELACIONAMENTO SE ALIMENTA DO QUE A RELAÇÃO GERA

Trabalhar a partir de FACT é assumir que o cliente experimenta problemas em sua vida relacionados tanto com dificuldades interpessoais como com processos de esquiva experiencial. Assim, coincidindo com Callaghan et al. (2004), o terapeuta FACT aborda dois tipos de problemas fundamentais: (a) dificuldade em sentir o que se está sentindo; e (b) dificuldades em expressar esses sentimentos para outras pessoas. Desse modo, o terapeuta faz uma formulação caso para que possa identificar os processos envolvidos no problema do cliente, tanto em nível intrapessoal (EE, Fusão, etc.) quanto em nível interpessoal (déficit de habilidades, inibição mediada por processos de EE, etc.), além de trabalhar com o cliente para que ele, por meio de um processo de treinamento em múltiplos exemplares, aprenda de forma experiencial a dar espaço para emoções e para outras experiências internas desagradáveis que possam inibir comportamentos interpessoais eficazes que o aproximem do tipo de relação que aspira. Nesse processo, a utilização da Matriz (ver Capítulo 9 desta obra) como um modelo de trabalho tem sido de grande utilidade, uma vez que simplifica, em grande medida, a integração de FAP e ACT.

Um formato convencional de apresentação dos processos básicos da ACT é o Hexaflex (visto no Capítulo 7 deste livro), que inclui os seis subprocessos da ACT funcionalmente relacionados.

Uma das dificuldades fundamentais do modelo Hexaflex talvez seja postular termos de "nível médio" que não correspondam facilmente aos processos comportamentais básicos (Schoendorff, Webster, & Polk, 2014), o que gera certa ambiguidade em sua definição e até mesmo o risco de que a ACT seja utilizada como uma tecnologia protocolizada dirigida para cada um dos processos de cada vez, o que está longe de uma visão contextualista funcional. Assim, em nosso trabalho, usamos o modelo ACT-Matriz, o qual se constitui em uma alternativa mais próxima dos princípios básicos da ciência do comportamento.

A Matriz é um ponto de vista da ACT desenvolvido por Kevin Polk, Jerold Hambright e Mark Webster (Schoendorff, Webster, & Polk, 2014) que não só permite apresentar ao paciente os processos descritos na

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ACT de uma forma compreensível e simples, como também fortalecê-los através de um treinamento em discriminações. A Matriz é um diagrama simples, um ponto de vista que convida o cliente a discriminar a experiência e o comportamento a partir de um processo de "notar diferenças".

A Matriz permite representar visualmente aspectos clinicamente relevantes do contexto do cliente, tanto os que operam como mantenedores da conduta problemática como aqueles que contribuem para repertórios comportamentais flexíveis orientados para valores (Schoendorff & Bolduc, 2014). Assim, ela convida as pessoas a discriminar ou notar diferenças entre os movimentos de "aproximação" do que é importante na vida e os movimentos de "evitação" de experiências internas que causam sofrimento.

Essas discriminações são realizadas de acordo com duas dimensões fundamentais: (1) a dimensão pública/privada, representada no diagrama como experiências dos "Cinco sentidos" *versus* "experiência mental/interna" (D1); e (2) a dimensão apetitiva/aversiva, representada no diagrama como movimentos de "Aproximação" ou "Evitação" (D2) (Figura 12.2). Nesse ponto, é importante assinalar que, ainda que muitos movimentos de esquiva experiencial que levam ao "atolamento" possam se manter por controle apetitivo (*augmentals*[1] problemáticos), os movimentos de evitação são mantidos predominantemente por contextos aversivos (reforço negativo).

A primeira discriminação que trabalhamos com pacientes está representada no eixo vertical. Assim, o cliente aprende simplesmente a perceber as diferenças entre as experiências dos cinco sentidos e as experiências mentais. Em termos teóricos, essa discriminação se associa aos processos de atenção plena ou *mindfulness*, de modo que, através do treinamento em múltiplos exemplares, o cliente fortalece a sua capacidade de permanecer no momento presente em posição de observador (Polk, Schoendorff, Webster, & Olaz, 2015).

A segunda discriminação básica permite ao cliente notar as diferenças entre os movimentos de aproximação para o que é importante em sua vida e os movimentos de afastamento das experiências internas indesejáveis. Por meio do treinamento em múltiplos exemplares, a pessoa gradualmente se torna mais sensível às funções que orientam o seu

[1] Um *augmental* é uma regra cujo seguimento altera a força ou a função de um evento que funciona como consequência numa relação de contingência. Isto acontece devido ao fato de que o evento é incluído em redes relacionais que alteram o grau no qual os eventos funcionam como consequência.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

comportamento. Em termos teóricos, essa discriminação está relacionada com a possibilidade de treinar, usando dicas contextuais, a discriminação de contextos onde predomina o controle apetitivo (aproximação) e de contextos onde predomina o controle aversivo (esquiva) do comportamento (Schoendorff, Webster, & Polk, 2014).

Posteriormente, o cliente classifica a sua experiência nos quatro quadrantes representados pelas coisas importantes em sua vida, pelas experiências internas indesejáveis, pelos comportamentos de evitação ou luta e pelos comportamentos de compromisso ou aproximação (Figura 12.2).

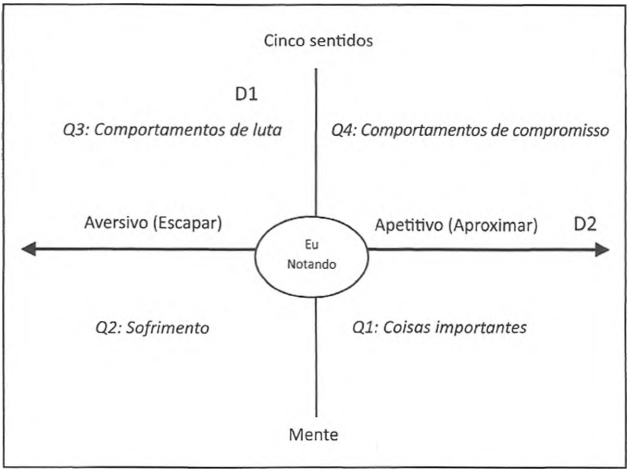


Figura 12.2 Discriminações fundamentais na Matriz e utilização dos quadrantes.

A importância dessa tarefa faz sentido quando lembramos que, a partir da ACT, considera-se que os problemas psicológicos são explicados como processos de "atolamento" verbal, e o trabalho para notar as diferenças enfraquece essas funções (Polk, 2014). A partir desse processo, os clientes adquirem uma crescente tomada de perspectiva em relação aos seus próprios processos internos, aumentando, assim, a sua flexibilidade psicológica. Nesse sentido, o cliente pode trabalhar, a partir das primeiras sessões, todos os processos de ACT e FAP ao mesmo tempo, no contexto da sessão.

Uma das virtudes mais importantes do modelo é que, através dele, o cliente pode observar que muitos comportamentos topograficamente diferentes podem ter funções similares, e muitos comportamentos topo-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

graficamente semelhantes podem ter diferentes funções. Por exemplo, voltando ao exemplo de Ana, sua solicitação de mudança de assunto pode ter o objetivo de evitar o mal-estar (lado esquerdo da Matriz) ou de se aproximar de ser uma pessoa que genuinamente expressa suas emoções (lado direito da Matriz). Assim, o trabalho em FACT permite discriminar quando um comportamento assertivo por parte de Ana corresponde a um processo de EE e quando é uma Ação comprometida.

FACT pode ser facilmente compreensível se considerarmos que os quadrantes Q3 e Q2 correspondem ao CRB1 quando ocorrem em sessão, enquanto os quadrantes Q4 e Q1, acontecendo na sessão, correspondem ao CRB2. Além disso, a capacidade de "notar" do cliente (mostrado no centro da Matriz como "Eu notando") é outro CRB2 de grande importância, uma vez que envolve a capacidade de tomada de perspectiva que permite maior sensibilidade para as contingências. Em seguida, exemplificamos isso no diagrama de Ana, onde cada quadrante pode ser observado como experiência da cliente.

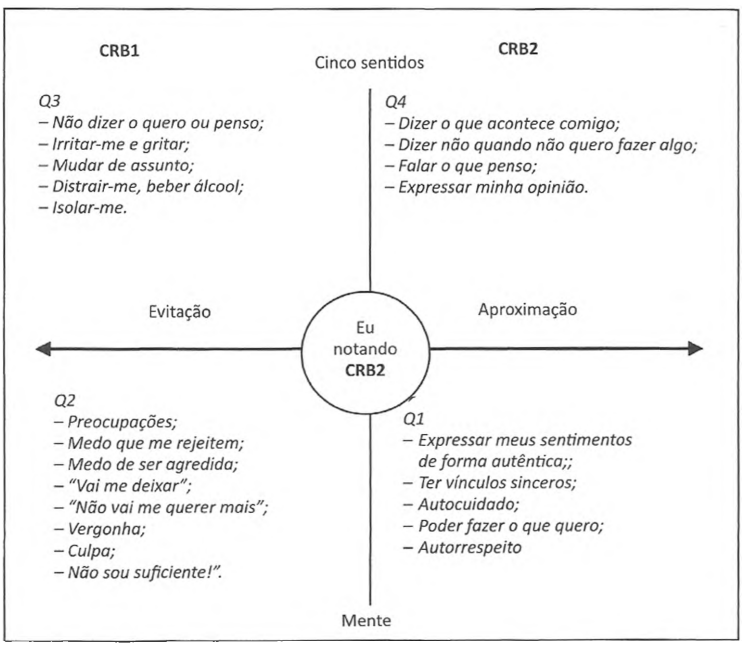


Figura 12.3 Matriz de Ana.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Um ponto importante a considerar tem a ver com algumas diferenças entre a ACT e a FAP que podem causar confusão para algumas intervenções. Callaghan et al. (2004) apontam que a principal diferença entre as duas abordagens está na avaliação e provisão de consequências dos comportamentos problemáticos do cliente na sessão. A FAP assume que as melhorias terapêuticas ocorrem na medida em que o terapeuta reforça os comportamentos mais adaptativos do cliente.

Assim, as reações do terapeuta para o cliente são críticas e, embora o terapeuta não avalie em medida alguma o cliente, o faz com os comportamentos do cliente em relação aos efeitos dos mesmos, proporcionando contingências de acordo com isso. Em contraste, em ACT qualquer avaliação de um comportamento é contraindicada, já que se assume que isso pode facilitar contextos de avaliação do cliente. Frente a qualquer comportamento-problema, o terapeuta ACT promove uma postura aberta e sem julgamento, no momento presente e a serviço do que é importante para a pessoa.

Do nosso ponto de vista, o trabalho com a Matriz nos permite superar essas diferenças, fornecendo a possibilidade de o cliente identificar por si mesmo as funções de seu comportamento interpessoal em sessão, usando o tipo de relacionamento que quer ter como critério de "eficiência", o qual permite contar com informações sobre o ajuste ou a aproximação do seu comportamento em relação a esse critério, sendo compatível tanto com a ACT quanto com a FAP. É o cliente quem determina qual comportamento mostrar e se realmente quer ou não mudar isso, porque é ele quem define seus CRBs.

A utilização da Matriz é útil para evocar CRB3, pois permite ao cliente identificar rapidamente os antecedentes e as consequências do seu próprio comportamento (CRB1 ou CRB2). Essa capacidade é vista, a partir da FAP, como uma chave para o progresso da terapia (Schoendorff & Bolduc, 2014).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Exemplo clínico

Ana pode identificar o medo de ser rejeitada ou agredida como um antecedente do comportamento de não dizer o que ela quer ou pensa, e que as contingências de curto prazo para isso podem ser tranquilidade ou evitação do desconforto. Somado a isso, ela pode ver os custos desse comportamento e abrir a possibilidade de responder a esses antecedentes de outra maneira, com comportamentos que a aproximam do tipo de relação que quer para a sua vida. Dessa maneira, o trabalho com Ana estram focados na coragem interpessoal.

A partir do que foi assinalado, observamos que o trabalho com a Matriz simplifica em grande medida a integração entre ACT e FAP, já que permite discriminar visualmente as funções de comportamento, o que permite trabalhar com comportamentos em que o objetivo das duas abordagens possa parecer incompatível. Então, a FACT ocorre naturalmente ao longo do processo terapêutico, sempre que, entre as coisas importantes mencionadas pelo cliente, encontram-se valores ligados às relações interpessoais ou intimidade.

Como mostrado no exemplo de Ana, uma vez que seu pedido para uma mudança de tema pode ter o objetivo de evitar o desconforto (e. g., mudar de assunto para não experimentar vergonha) ou de se aproximar de ser uma pessoa que genuinamente expressa suas emoções (dizer "não" quando não quer fazer alguma coisa), uma simples dica verbal como "De qual lado de sua Matriz ficaria esse pedido?" convida a pessoa à tomada de perspectiva e à leitura de funções evocando CRB2.

Dada à sua versatilidade, a Matriz é um excelente modelo de formulação de casos, pois permite identificar rapidamente os CRBs do cliente fornecendo a ele e a seu terapeuta um modelo ou guia que lhe permite identificar rapidamente os problemas interpessoais e as melhorias que ocorrem na sessão. Assim, o terapeuta pode colaborar com os clientes para que eles aprendam a notar se um CRB é um movimento de aproximação ou de esquiva no momento em que ocorre e, a partir disso, mover-se naturalmente através de cada uma das etapas da FAP.

Somado a isso, essa perspectiva permite identificar os CRBs a partir de um ponto de vista ACT, ou seja, a identificação de processos da

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ACT que ocorrem na sessão. Assim, se um cliente tem dificuldades interpessoais em sua vida devido à sua tendência para se fusionar com as suas preocupações e viver focado no futuro, é provável que isso aconteça em sessão, mesmo sendo preocupações sobre o progresso ou a eficácia da terapia, por exemplo. Assim, os CRBs vistos pela ACT são:

CRB 1	CRB 2
✓ Esquiva experiencial	✓ Aceitação de experiências internas desagradáveis
✓ Fusão com os pensamentos e conversação contextualizada na mente	✓ Desfusão e conversação contextualizada sobre os aspectos relevantes da sessão
✓ Pouco contato com o momento presente	✓ Estar presente, eu-observador
✓ Dificuldades em tomada de perspectiva	✓ Contato flexível com o importante
✓ Pouca clareza sobre o que é importante	✓ Ação comprometida
Ocorrendo em sessão	

Figura 12.4 Comportamentos clinicamente relevantes a partir da ACT.
Fonte: Elaborada com base em Schoendorff, 2013, comunicação pessoal.

Trabalhando em FACT, fazemos uso das ferramentas de ambas as abordagens para lidar com as dificuldades que os repertórios de evitação experiencial e de controle verbal do comportamento ocasionam na vida do cliente. Para isso, reforçamos processos de flexibilidade psicológica utilizando a relação terapêutica como um contexto de modelagem, oferecendo contingências de reforço disponíveis na sessão. Como tal, o trabalho do terapeuta implicará notar quando os CRB1 aparecerem, evocar e reforçar qualquer comportamento que implique uma maior capacidade de tomada de perspectiva e de discriminação das funções do próprio comportamento (De qual lado da minha Matriz estou neste momento?) e de discriminação de contextos que regulam o comportamento (Mente ou experiência?) a partir de um trabalho centrado em múltiplos exemplares. A partir desse ponto de vista, o espaço da terapia vai se tornar um contexto prático para o cliente assumir riscos e passar da zona de conforto (zona de luta) para a zona de riscos (ações de compromisso).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- Trabalhar a partir de FACT é assumir que o cliente experimenta problemas em sua vida relacionados tanto com dificuldades interpessoais como com processos de atolamento verbal.
- Trabalhando em FACT, fazemos uso das ferramentas de ambas as abordagens para lidar com as dificuldades que os repertórios de evitação experiencial e de controle verbal do comportamento ocasionam na vida do cliente.
- O modelo ACT-Matriz se constitui em uma alternativa mais próxima dos princípios básicos da ciência do comportamento que permite integrar a ACT e a FAP.
- O uso da ACT-Matriz fornece a possibilidade de o cliente identificar por si mesmo as funções de seu comportamento interpessoal em sessão, usando o tipo de relacionamento que o cliente quer ter como critério de "eficiência", o qual permite contar com informações sobre o ajuste ou a aproximação do seu comportamento em relação a esse critério, sendo compatível tanto com a ACT quanto com a FAP.
- A utilização da Matriz é útil para evocar CRB3, pois permite ao cliente identificar rapidamente os antecedentes e as consequências do seu próprio comportamento (CRB1 ou CRB2).
- A Matriz é um excelente modelo de formulação de casos, pois permite identificar rapidamente os CRBs do cliente fornecendo a ele e a seu terapeuta um modelo ou guia que lhe permite identificar rapidamente os problemas interpessoais e as melhorias que ocorrem na sessão.

SOMOS QUATRO NA SESSÃO

Coincidindo com Schoendorff e Bolduc (2014), em cada relação interpessoal interatuam constantemente as Matrizes das pessoas envolvidas na interação. Assim, na terapia existe um cliente, a Matriz do cliente, um psicoterapeuta e sua respectiva Matriz. Portanto, a Matriz é um modelo útil para notar a "dança" interpessoal entre os dois e usar essa informação para o estabelecimento de relações mais efetivas para o cliente (e para o terapeuta).

Do nosso ponto de vista, trabalhar com a Matriz é prática do *Aikido* Verbal. O *Aikido* é uma arte marcial não combativa, uma filosofia prática baseada no amor, cujo princípio básico é a neutralização de um ataque do adversário antes de começar, redirecionando a ener-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

gia do ataque ao próprio adversário, como uma forma de dissuasão baseada em perceber o efeito do próprio ataque. Portanto, trabalhar com a Matriz responde ao mesmo princípio, visto que o nosso trabalho é redirecionar a energia da mente do nosso cliente para o contexto da terapia, e, nesse contexto, direcionar toda a sua energia para algo realmente importante e significativo na vida. Isso envolve não responder à mente a partir de sua própria energia e de suas ferramentas favoritas (explicação, análise e solução de problemas). Envolve tomar de forma *light* o significado literal das palavras, principalmente de acordo com a sua função.

Da mesma forma, isso implica não punir os comportamentos de evitação do cliente, convidando-o a perceber o efeito desses movimentos em seu parceiro de treinamento (o terapeuta), sem lutar contra ele, convidando-o a escolher diferentes movimentos que o aproximem do tipo de relacionamento a que aspira.

Considerando que um dos objetivos fundamentais da abordagem é colocar comportamentos mais adaptativos sob o controle de reforçadores naturais (muitos do tipo verbal), o terapeuta deve ser sensível às reações que lhe gera o comportamento do cliente, já que é muito provável que sejam as mesmas reações que o indivíduo causa na comunidade verbal. Nós somos o contexto do cliente, e ele é o nosso contexto, portanto os nossos próprios sentimentos são a bússola para identificar contextos verbais de EE ou de Fusão que ocorrem em sessão, e isso pode ser uma excelente oportunidade para trabalhar ao vivo. O terapeuta deve estar atento às contingências da relação terapêutica, pois é lá que serão moldados e fortalecidos os movimentos de Aproximação do cliente para que esses comportamentos enfraqueçam o valor funcional das condutas de esquiva.

Utilizar a nossa própria Matriz pode ser um guia ao longo do processo. Mesmo na minha prática clínica, costumo desenhar minha própria Matriz, de modo que o cliente possa notar meus comportamentos em sessão. Então, desenhamos uma Matriz da sessão, pedindo ao paciente para identificar quais coisas são importantes em nosso relacionamento, os obstáculos internos e os comportamentos de esquiva e aproximação mútuos.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Nosso trabalho com a FACT é baseado na ideia de que não há trabalho possível fora de um relacionamento íntimo, cálido e com base na igualdade. Assim, a capacidade de gerar contextos de intimidade torna-se a base para o trabalho eficaz, especialmente quando a intimidade e a proximidade interpessoal são importantes para o cliente que solicita a consulta.

Para fortalecer efetivamente as melhorias do cliente e generalizá-las fora das sessões e para responder aos comportamentos-problema do cliente em sessão, o terapeuta deve ser uma figura de confiança e afeto para o cliente, além de, mais tecnicamente, um ativo provedor de consequências sociais transformado de alguma forma em um representante da comunidade verbal do cliente (Callaghan et al., 2004). Somado a isso, convidar o cliente para assumir riscos envolve muita coragem do terapeuta, já que ele precisa de disposição para dar espaço ao desconforto intenso que o cliente possa estar evitando em sessão, bem como às estratégias de EE que possam surgir. Muitas intervenções em FACT expõem o terapeuta a uma quantidade considerável de desconforto e ansiedade, seja pelo que evoca no cliente, ou simplesmente pelas características inerentes à posição terapêutica de FACT.

Retomando:

- Do nosso ponto de vista, trabalhar com a Matriz é prática do *Aikido* Verbal.
- Considerando que um dos objetivos fundamentais da abordagem é colocar comportamentos mais adaptativos sob o controle de reforçadores naturais (muitos do tipo verbal), o terapeuta deve ser sensível às reações que lhe gera o comportamento do cliente, já que é muito provável que sejam as mesmas reações que o indivíduo causa na comunidade verbal.
- É importante utilizar a nossa própria Matriz como um guia ao longo do processo.
- Nosso trabalho com a FACT é baseado na ideia de que não há trabalho possível fora de um relacionamento íntimo, cálido e com base na igualdade. Assim, a capacidade de gerar contextos de intimidade torna-se a base para o trabalho eficaz, especialmente quando a intimidade e a proximidade interpessoal são importantes para o cliente que solicita a consulta.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

VINHETA CLÍNICA

Na primeira sessão, convido Ana para descrever seu problema, o que fez até agora para lidar com ele e qual foi o custo da luta contra o problema. Ana descreve que lhe custa muito expressar o que ela quer e sente, e que isso trouxe muitas dificuldades. Assinala uma longa série de psicoterapias infrutíferas, as quais ela abandonou, visto que mentia para seu terapeuta por se sentir avaliada. Manifesta que tentou se "defender" em situações percebidas como injustas, mas lhe custa muito já que sente muita vergonha, culpa e medo de ser rejeitada. Mostra-se frustrada e considera que está cansada de lutar com o seu problema.

Valido a sua experiência e as suas tentativas de lidar com o seu problema e digo-lhe que, do ponto de vista que se vai trabalhar, ela não tem feito nada de errado, que tem feito muito bem o que ela conhece, só que isso não está funcionando para caminhar em direção ao que é importante em sua vida hoje. Proponho a Ana a possibilidade de explorar o ponto de vista da flexibilidade psicológica.

Depois de executar a rotina de 6 passos com a Matriz (ver Figura 12.3, onde se apresenta a Matriz de Ana), informo que é provável que muitas das dificuldades enfrentadas em sua vida possam ocorrer na sessão, e que está tudo bem se isso acontecer porque é uma oportunidade real para trabalhar os problemas na medida em que ocorrem. Também a convido a utilizar nossa relação como um "laboratório", onde ela pode me dizer o que lhe gera os meus comportamentos e eu posso informar o que geram em mim os seus (o "FAP-RAP" – Tsai, Kohlenberg, Kanter, & Waltz, 2009, em Schoendorff e Bolduc, 2014). Ana concorda com as condições de trabalho e expressa seu interesse e disposição, a partir do qual começamos a trabalhar com a Matriz.

Na sexta sessão, Ana está diferente e pouco comunicativa. Naquele dia, eu tive um contratempo que me impediu de chegar no horário e, ao vê-la dessa forma, senti o desejo de dar explicações para que não ficasse com raiva, o que identifiquei como um Comportamento Clinicamente Relevante tipo 1 do terapeuta (*Notar T1 como orientação*). A partir disso e da FCC, eu assumi que seu distanciamento poderia ser um comportamento que era parte do seu lado esquerdo da Matriz (*Regra 1 da FAP*) e decidi manifestar a sua distância, a fim de evocar o CRB (*Regra 2 da FAP*):

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Evocando o CRB

T: Ana, posso notar certa distância entre nós e me pergunto se há algo que você queira me dizer.
C: Não, não realmente.
T: Mmmm. Entendo. Você sabe o que pode ser? Pode ser minha mente (*modelando desfusão*), mas me parece importante compartilhar com você. Minha mente me diz que você pode estar um pouco chateada porque eu estava atrasado, e talvez esteja sendo difícil para você expressar isso, talvez porque esteja presente algum pensamento ou emoção do qual já falamos. Se assim for, você estaria disposta a conversar? (*Evocar CRB2*). É muito importante para mim, poder saber o que te geram os meus comportamentos, porque dessa forma eu posso saber como cuidar melhor da nossa relação (*usando a relação como "augmental"*).
C: Ok, sim, isso me incomodou um pouco, você se atrasar, sem aviso prévio nem nada. Mas entendo que você não tenha avisado. Você deve estar muito atarefado.
T: Ana, eu sinto muito por fazer você esperar dessa maneira e agradeço por você ter a coragem de me dizer (*Regra 3 de FAP*), porque isso me permite saber quais são os meus comportamentos que te incomodam. Quero lhe pedir desculpas e, se isso acontecer novamente, comprometo-me a ligar ou a enviar uma mensagem para te informar, assim fica bem?
C: Não fique mal, não foi para tanto.
T: Ana, você pode notar um anzol neste momento? (*Regra 1 de FAP, o terapeuta nota CRB1 em Ana, correspondente à Fusão ocorrendo na sessão. Regra 2 da FAP ao convidar para a tomada de perspectiva notando anzóis.*)
C: Talvez eu tenha medo de que você fique com raiva (*Expressão de sentimentos, CRB2 de acordo com formulação de caso*).
T: Eu aprecio a sua coragem de expressar-me isso, Ana (*Regra 3*). Você estaria disposta a parar por um momento para que, juntos, possamos notar em que lado da sua Matriz você ficaria neste momento? (*O terapeuta evoca mais CRB2.*)
C: Do esquerdo (*continua CRB2 correspondente à tomada de perspectiva*).
T: Muito boa discriminação (*Regra 3 da FAP, reforçando a tomada de perspectiva*), e o que você não quer sentir ou pensar?
C: Eu tenho medo de que você fique irritado por eu ter dito isso, e me dá um pouco de vergonha e medo.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Como se pode observar, a fusão com o pensamento "vai ficar com raiva" gera muito desconforto em Ana. O meu convite para observar o que estava experimentando corresponde a um uso contingente de habilidades de consciência plena (*Awareness,* Tsai, Callaghan, & Kohlenberg, 2013) e a um começo de trabalho com processos de aceitação e compromisso (disposição). O fortalecimento dos processos de "estar presente" é essencial para que o cliente adquira, progressivamente, a capacidade de observar e notar suas emoções sem julgamento, já que a dificuldade em experimentá-las é algo comum. Nesse sentido, o trabalho com a aceitação em sessão é fundamental, e as estratégias utilizadas servem principalmente para dar lugar a qualquer emoção que possa surgir na sessão. A possibilidade de perceber as emoções com atitude de não julgamento constitui a base para trabalhar com o *eu-contextual*, e o sentido de perspectiva Matriz fornece um maior impacto no reforço de CRB2.

Reforçando CRB2 e traçando paralelos

T: Ana, eu acho que é realmente inspirador ver a coragem que você está demonstrando neste momento (*Regra 3 de FAP*). Eu sinto que está acontecendo algo muito importante na sessão de hoje, assim, quero te convidar, só se você estiver disposta, a ir um pouco mais adiante (*o terapeuta pede permissão antes de uma intervenção, comportamento que aproxima o terapeuta para os seus próprios valores, ou T2*).
C: Sim, eu estou disposta.
T: Tudo o que você está observando comigo, isso já aconteceu com você em outros relacionamentos?
C: Sim, isso sempre acontece com o meu parceiro e com as minhas amigas...
T: Sim, é verdade, temos conversado sobre isso. Mas minha pergunta se refere a um período anterior, talvez quando você era mais jovem. E eu peço que você me diga se tudo isso que você está percebendo é relativamente novo em sua vida ou se tem algum tempo. Se isso é algo que cheira a novo ou se cheira à roupa de criança (*o terapeuta utiliza imagens evocativas*). Convido você, só se você estiver disposta, a ver o que mais pode distinguir e observar no momento, para que possamos – juntos – dar espaço a sentimentos, emoções e qualquer outra experiência que possa observar, e que se permita viajar com essas experiências até alguma recordação dessas épocas, e que respire, se preferir, fechando os olhos.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Ao longo do exercício que fizemos, Ana ficou muito inquieta, notando uma memória muito dolorosa que aconteceu com o seu pai, a quem temia e amava ao mesmo tempo. Relata que, por qualquer coisa que pensava, era punida e invalidada. Convido Ana a perceber suas emoções e pensamentos em posição de observador, notando apenas, sem julgamento, convidando-a para dizer ao seu pai o que sentia, utilizando a técnica da cadeira vazia. Depois de alguns minutos, Ana se mostra um pouco mais calma.

Reforçando CRB2 e Evocando CRB no mesmo movimento

T: Ana, eu tenho que lhe dizer que realmente admiro a coragem que demonstrou nesta sessão comigo. Eu posso ver o quão difícil foi, e tenho que lhe agradecer pela confiança depositada em nosso relacionamento para se permitir sentir tudo o que sentiu.
C: É estranho, eu me sinto estranha. É como se eu tivesse percebido o quão antigo é esse fardo, e às vezes eu me sentia mais leve. É como um sentimento difícil de descrever.
T: Em qual lado de sua Matriz você ficaria neste momento? (*Regra 4 de FAP.*)
C: Do direito, 100%.
T: E qual coisa importante você sente que está ficando mais próxima? (*Evocando tomada de perspectiva e clarificação de valores.*)
C: Dizer o que sinto de forma genuína, mesmo com medo. Ser capaz de me expressar de forma corajosa e sincera.
T: Eu estou muito feliz de te ouvir Ana (*Regra 3*). E eu quero que observemos o que aconteceu hoje, nesta sessão. No primeiro momento, notei você distante e calada, e notei que você estava fechada (*o terapeuta usa o punho para representar o comportamento de Ana como metáfora corporizada*). Notamos que o medo de ser rejeitada e de que eu ficasse com raiva aparecia como um obstáculo para expressar o seu desconforto. No entanto, quando eu te convidei para dizer o que aconteceu, você assumiu o risco de fazê-lo (*o terapeuta modela CRB3*).
C: Sim, e não foi fácil, porque muitas vezes eu não digo nada e assim evito todo o desconforto. Mas eu disse (*o cliente mostra CRB3*).
T: E eu me pergunto, onde você ficaria em sua Matriz por ter me dito o que está te incomodando? (*O terapeuta tenta evocar funções apetitivas usando a Matriz.*)
C: Na direita, sem dúvida.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

T: E de que coisa importante isso te aproxima?
C: De ser sincera e verdadeira. Sim, e isso me faz sentir do lado direito, aproximando-me de ser genuína e sincera.
T: E como se sente?
C: Eu me sinto mais autêntica.
T: Eu me sinto feliz, de coração, Ana. E a última pergunta é: existe algo que fizemos hoje que você acha que poderia usar durante esta semana se uma situação como esta ocorrer? (*Regra 5*)

A sessão termina, e Ana é convidada a praticar algum comportamento semelhante ao que mostrou na sessão durante a semana e a notar se surge algum obstáculo interno. Esclarece-se que o importante é poder notar esses obstáculos, mesmo quando não possa realizar outro comportamento.

ENQUADRANDO RELACIONALMENTE FAP E ACT

Embora seja inegável que ambas as abordagens têm muito em comum, podendo aumentar a eficácia mútua das intervenções próprias de cada abordagem, ainda precisamos de um maior desenvolvimento conceitual que aborde sistematicamente e de forma direta a aproximação de FAP com os pressupostos básicos e implicações da RFT, a teoria da linguagem que constitui a base da ACT (Kholemberg, R., 2014, comunicação pessoal). Descrever os pressupostos básicos e os alcances dessa teoria em profundidade ultrapassa o objetivo deste capítulo, no qual apresentaremos apenas alguns aspectos relevantes para a compreensão dos fundamentos que sustentam as nossas intervenções em FACT, convidando o leitor para a leitura do Capítulo 6 deste livro, correspondente à RFT.

Sem dúvida, a proposição da linguagem como um conjunto de operantes relacionais arbitrariamente aplicáveis e contextualmente determinados supõe uma verdadeira mudança na visão tradicional de eventos privados, e essa mudança também afeta nossa maneira de fazer terapia. Isso se manifesta em três domínios em particular: (1) a ênfase sobre a função dos comportamentos; (2) a ênfase no controle governado por contingências; e (3) o trabalho centrado na tomada de perspectiva.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Ênfase sobre a função dos comportamentos

A ênfase nas funções do comportamento clínico em FACT pode ser facilmente compreendida se revisarmos rapidamente o conceito de classe funcional dos comportamentos. Ruminar, beber álcool, mudar de assunto, permanecer em silêncio ou se preocupar incessantemente são comportamentos de topografias diferentes, mas podem estar sob o controle de uma mesma função, como pode ser evitar se expor a recordações dolorosas que geram grande desconforto (controle aversivo de comportamento). Da mesma forma, os comportamentos de topografias diferentes (e. g., chorar ou mudar de assunto) que pertencem à mesma classe funcional podem ocorrer dentro e fora da sessão diante de dicas específicas que evocam essa função.

Assim, a pertinência de comportamentos de topografias diferentes à mesma classe funcional é o fundamento dos "paralelos" que o terapeuta faz entre comportamentos intrassessão e fora da sessão, bem como da ênfase no trabalho sobre o comportamento clínico. Nesse sentido, a transformação das funções de determinados comportamentos clínicos pode derivar para outros elementos da mesma classe funcional sem necessidade de modificação direta dos mesmos, o que aumenta em grande medida a eficácia das intervenções.

Modelar um comportamento que pertence à determinada classe funcional gera efeitos de transferência do comportamento aprendido para outro dentro da mesma classe, e as relações de equivalência arbitrariamente aplicáveis são a base dessa transferência e da transformação de funções dos elementos de classe. O uso de dicas relacionais e funcionais por parte do terapeuta permite a transformação gradual das funções do comportamento do cliente que pertencem a uma mesma classe funcional, e isso é a base da ênfase nos processos (classes funcionais) sobre a topografia do comportamento.

Ênfase no controle governado por contingências

Em relação ao segundo domínio, a primeira coisa a estabelecer é que, se há algo em comum para a maioria dos problemas psicológicos, isto seria o seguimento inflexível de regras de comportamento. A partir da RFT, uma regra é uma rede relacional entre os eventos cuja capacidade principal é "alte-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

rar funções de estímulo". Assim, devido à natureza relacional da aprendizagem verbal, a "simbolização" de consequências de uma regra pode gerar efeitos similares aos da presença real do resultado, devido à qualidade bidirecional de respostas relacionais. A partir da RFT, argumenta-se que a utilidade das regras é justamente essa capacidade de transformar as funções dos elementos incluídos na regra, pois isso permite regular o comportamento sem necessidade de experimentar de forma direta as funções de estímulos. A partir disso, o comportamento pode ser regulado por consequências distantes no tempo ou no espaço, ou por consequências abstratas (e. g., "Se eu fizer isso, serei uma boa pessoa") (Törneke, Luciano, Valdivia, & Salas, 2008).

No entanto, essa mesma capacidade é a base do sofrimento "verbal" que experimentamos na vida, já que controlar o comportamento com base em regras dificulta a sensibilidade às contingências do comportamento. Assim, a regra verbal "Eu tenho que me manter calada para evitar ser abandonada", em contextos de literalidade, coloca a pessoa em contato com funções aversivas de ser abandonada, mesmo que isso não esteja acontecendo, e impede que a pessoa se comporte de acordo com o que a situação requer no momento. Assim, os seres humanos continuam a fazer as coisas que não funcionam com base em regras que indicam que "deveria funcionar". O seguimento de regras com função *pliance* ou *tracks*[2] generalizadas reforçadas pelo controle aversivo ou por *augmenting* inefetivas (reforço positivo do seguimento de regras) constitui a base do atolamento verbal que nos leva à terapia (Törneke, Luciano, Valdivia e Salas, 2008).

Assim, um processo comum a todos os problemas intrapessoais e interpessoais está ligado à presença de regras verbais rígidas em contextos de literalidade (contextos de equivalência entre as regras e as contingências). A proposta de FACT-Matriz é o enfraquecimento da regulação do comportamento dessas regras verbais por modelagem de aproxima-

[2] O seguimento *pliance* está associado com uma história de consequências socialmente mediadas contingentes com o cumprimento da regra, ou, o que é o mesmo, o que é reforçado é o cumprimento da regra (a pessoa faz coisas para agradar ao terapeuta, por exemplo). O seguimento de regras *track* implica comportamentos sob o controle de uma história de coordenação entre a regra e as consequências naturais (sociais ou não sociais) do comportamento (a pessoa faz coisas para obter consequências especificas para o seu comportamento, se aproximar para o tipo de relacionamento que deseja ter, por exemplo).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ções sucessivas a contextos de desliteralização, a partir de um contexto de perspectiva ampliada, fornecendo dicas dêiticas. Isso é possível fornecendo ao cliente melhor conhecimento e sensibilidade das contingências que controlam o seu comportamento, permitindo o cultivo de uma maior flexibilidade psicológica e de padrões de comportamento interpessoais efetivos baseados em *tracks* ligados a valores (*augmentings*).

O trabalho puramente experiencial e focado na relação terapêutica promove o conhecimento por parte do cliente das contingências que controlam o seu comportamento (*tracks*), bem como uma maior flexibilidade em relação às mudanças imprevisíveis no ambiente social. Moldando regras *track* sensíveis às consequências naturais relacionadas aos valores (*augmentings*) e de repertórios de discriminação das funções do próprio comportamento, o terapeuta devolve a responsabilidade ao cliente em relação à sua própria vida, reduzindo o seguimento com função *pliance* que pode manter o problema (Virués Ortega, Descalzo Quero, & Venceslá Martínez, 2003). As funções apetitivas de uma relação calorosa, próxima e íntima com base na aceitação incondicional do cliente funcionam como *augmenting* para a implementação de comportamentos de compromisso com o estabelecimento de relações interpessoais mais eficazes.

O trabalho centrado na tomada de perspectiva

Somado a isso, e em relação ao último domínio, o trabalho com FACT-Matriz permite a modelagem gradual de processos de tomada de perspectiva flexível com base nas dicas dêiticas "eu, aqui, agora", um processo sobre o qual se constroem processos fundamentais, como a empatia e a compaixão. O trabalho dá lugar a um gradual sentido de perspectiva sobre os conteúdos privados e as histórias pessoais que elaboramos, fortalecendo, assim, a flexibilidade psicológica. Esse processo também permite o treinamento de tatos adaptados a um senso de perspectiva, sobre o qual se constrói a experiência de continuidade do *Eu* baseada no controle privado (Kohlenberg & Tsai, 2001).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- A proposição da linguagem como um conjunto de operantes relacionais supõe:
  (1) a ênfase sobre a função dos comportamentos;
  (2) a ênfase no controle governado por contingências; e
  (3) o trabalho centrado na tomada de perspectiva.
- Esses pressupostos são aplicáveis tanto à ACT como à FAP, além de serem as bases teóricas das intervenções nessas terapias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, apresentei uma forma de trabalho clínico que integra princípios de ACT e FAP, considerando que essa integração permite aumentar a eficácia que cada um desses modelos pode ter por si só. O interesse em integrar abordagens terapêuticas não é novo, e a discussão sobre as implicações vai além do escopo deste capítulo. No entanto, é importante notar que uma das principais dificuldades importantes na aspiração da integração surge quando são incompatíveis as posições filosóficas e a visão de homem dos enfoques que serão integrados. Felizmente, isso não acontece no caso da ACT e da FAP, por serem duas abordagens firmemente enraizadas no Behaviorismo Radical, com uma visão nitidamente contextualista e humanista do sofrimento humano.

Coincidindo com esses princípios, as duas abordagens têm como objetivo terapêutico o treinamento de repertórios amplos de comportamentos flexíveis que permitam ao cliente um funcionamento mais eficaz em situações diferentes de acordo com seus próprios valores e objetivos de vida. Assim, o critério de "trabalho eficiente" (*succesfull working*) acompanha todo o processo terapêutico, para que o cliente aprenda novas estratégias para se aproximar do que é importante em sua vida quando as respostas adquiridas em sua história de aprendizagem não o permitem.

A FAP, às vezes, é representada como um enfoque que aponta para três processos fundamentais: a consciência, a coragem e o amor. Esses processos são importantes tano para o cliente como para o terapeuta. A consciência refere-se à capacidade de perceber as CRBs e o impacto sobre você e outros (Regra 1 e 4). A coragem implica falar a pró-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

pria verdade, compartilhando pensamentos e sentimentos e como os comportamentos de outras pessoas afetam você, assim como também se engajar em um novo comportamento em linha com os seus valores (Regra 2). Amor se refere à capacidade de falar e agir com bondade e compaixão e apoiar e reforçar as propostas para a conexão e, mais geralmente, a mudança positiva (Regra 3).

Mediante treinamento para discriminação dos efeitos do próprio comportamento, baseado na consciência, na coragem e no amor, o terapeuta irá trabalhar com o cliente, abrindo espaço para experiências internas desagradáveis que possam surgir durante o processo, assumindo riscos interpessoais em um ambiente de proximidade e aceitação, a fim de gerar uma maior flexibilidade psicológica que repercuta em uma maior capacidade para gerar relações interpessoais de cura.

Neste capítulo, apresentamos apenas algumas ideias e princípios gerais de utilidade para o psicoterapeuta e para o estudante interessado nas terapias contextuais comportamentais, mas considero necessária uma maior pesquisa e discussão teórica que possa levar a possibilidade de uma clínica contextualista funcional que não só faça uso das ferramentas dos dois enfoques psicoterapêuticos desenvolvidos, mas também de outras abordagens contextualistas de eficácia comprovada (DBT, MBCT, etc.). Nossa posição aponta nessa direção.

REFERÊNCIAS

Callaghan, G. M., Gregg, J. A., Marx, B. P., Kohlenberg, B. S., & Gifford, E. (2004) Fact: The utility of an integration of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy to alleviate human suffering. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training,. 41* (3), 195-207

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999*). Acceptance and commitment therapy*: An experiential approach to behavior change. New York: The Guilford Press

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy:* The process and practice of mindful change. New York: The Guilford Press

Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory*: A Post-Skinnerian account of human language and cognition. New York: Plenum Press

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2001). Hablo luego existo. Una aproximación conductual para entender los problemas del Yo. *Escritos de Psicología, 5*, 58-62.

Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferro García, R. Valero Aguayo, L., Parra, A. F., & Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia analítico-funcio-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

nal y terapia de aceptación y compromiso: Teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*(2), 349-71

Luoma, J.B., Hayes, C.H., & Walser, R.D. (2007). *Learning ACT*: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists. EEUU: New Harbinger Publications.

Pepper, S. C. (1970). *World hypotheses.* England: University of California Press.

Polk, K. (2014). The psychological flexibility warm-up. In Polk & Schoendorff (2014). *The ACT Matrix*: A new approach to building psychological flexibility across settings & populations. California: New Harbinger

Polk, K., Schoendorff, B. Webster, M. S., & Olaz, F. O. (2015). *The essential guide to the ACT Matrix*: A step-by-step approach to using the ACT Matrix model in clinical practice. Oakland, CA: New Harbinger.

Sandoz, Wilson, & Dufrene (2010). *Acceptance and Commitment Therapy for Eating Disorders. A Process-Focused Guide for Treating Anorexia and Bulimia.* California: New Harbinger.

Schoendorff, B. & Bolduc, M.F. (2014). You, me, and the Matrix: A guide to relationship-oriented ACT. In Polk & Schoendorff (2014). *The ACT Matrix*: A new approach to building psychological flexibility across settings & populations. California: New Harbinger

Schoendorff, B., Webster, M., & Polk, K. (2014). Under the hood: Basic process underlying the Matrix. In Polk & Schoendorff (2014). *The ACT Matrix. A new approach to building psychological flexibility across settings & populations.* California: New Harbinger.

Törneke, N. (2010). *Learning RFT: An introduction to relational frame theory and its clinical applications.* Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Törneke, N., Luciano, C., & Valdivia Salas, S. (2008). Rule-Governed Behavior and Psychological Problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 8*(2), 141-56

Tsai, M., Callaghan, G. M., & Kohlenberg, R. J. (2013). The use of awareness, courage, therapeutic love, and behavioral interpretation in functional analytic psychotherapy. *Psychotherapy, 50*(3), 366-70.

Tsai, M., Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Kohlenberg, B., Follette,W. C., & Callaghan G. M. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy*: Awareness, courage, love, and behaviorism. New York: Springer

Virués Ortega, J., Descalzo Quero, A., Venceslá Martínez, J. F. (2003). Aspectos funcionales de la psicoterapia analítico-funcional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,* 49-69, Diciembre-Sin mes.

Weeks, C. E., Kanter, J. W., Bonow, J. T., Landes, S. J., &. Busch, A. M. (2011). Translating the theoretical into practical: A logical framework of functional analytic psychothe-rapy interactions for research, training, and clinical purposes. *Behavior Modification, 37,* 516-42.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

13 O Que é Terapia Focada na Compaixão?

Karen Vogel e Lina Sue Matsumoto

Seus pensamentos e sua imaginação tocam no seu corpo como dedos tocando piano/
Your thoughts and imagination plays in your body like fingers in the piano.

Paul Gilbert

INTRODUÇÃO

O conceito de autocompaixão é antigo no pensamento filosófico Oriental, sendo relativamente recente na Psicologia Ocidental. Temos assistido nos últimos anos a um progressivo crescimento no diálogo entre o pensamento e filosofia oriental (Budismo, em particular) e a psicologia ocidental, o que tem contribuído para uma nova forma de compreender e lidar com a saúde mental.

A psicologia ocidental conceitua a compaixão de uma forma mais ampla, como uma combinação de emoções, pensamentos e comportamentos que nos deixa atentos ao sofrimento dos outros e ao nosso próprio, levando-nos a compreender esse sofrimento de uma forma não avaliativa (Gilbert, 2009).

A Terapia Focada na Compaixão (*Compassion Focused Therapy*, CFT, em inglês) foi desenvolvida por Paul Gilbert, Ph.D, na Universidade de Derby, na Inglaterra, onde é professor de Psicologia Clínica. Ele

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

também é psicólogo consultor no Serviço de Saúde Mental na região de Derbyshire, do Sistema Nacional de Saúde (NHS – *National Health System Trust*), membro da Sociedade Britânica de Psicologia (FBPSS – *Fellowship*) e recebeu o título da Ordem do Império Britânico (OBE) em reconhecimento aos serviços prestados ao longo de sua carreira.

Em um artigo publicado no periódico inglês *The Royal College of Psychiatrists*, em 2009, intitulado *Introducing Compassion-Focused Therapy* (em português, "Introduzindo a Terapia Focada na Compaixão"), Paul Gilbert lança a CFT na busca de verbas para pesquisa em ensaios clínicos apropriados. Ainda que vários profissionais concordem que a compaixão é um elemento central na relação médico-paciente e terapeuta-cliente, só recentemente que os componentes da compaixão passaram a ser estudados sob as lentes da psicologia ocidental, como ciência e por meio de pesquisas.

O autor cita Dalai Lama, ganhador do Prêmio Nobel da Paz, que enfatiza: "se você quiser que o outro seja feliz – foque na compaixão; se você quer ser feliz – foque na compaixão". O conceito de autocompaixão é antigo no pensamento filosófico Oriental, sendo relativamente recente na Psicologia Ocidental. A CFT é uma terapia integrada que utiliza uma série de processos e intervenções padrão de outras terapias, incluindo o questionamento socrático, experimentos comportamentais, exposição, entre outros (Gilbert, 2009).

A chave para a CFT é garantir que o cliente se torne menos hostil consigo mesmo e que cultive a motivação compassiva no processo de mudança. Uma boa analogia é pensar que, se você quisesse ajudar alguém a escalar o Monte Evereste, a primeira coisa a se fazer seria orientar essa pessoa a entrar em forma fisicamente e a aprender os procedimentos de segurança para subir a montanha. O Treino da Mente Compassiva é realizado, em parte, para ajudar o indivíduo a desenvolver os seus sistemas de apoio interno, a criar coragem para ser capaz de se envolver com o conteúdo doloroso que traz dentro de si, ajudando-o a se tornar "mentalmente apto" para o trabalho terapêutico (Gilbert, 2009).

A partir deste cenário, o objetivo do presente capítulo é apresentar as contribuições da Terapia Focada na Compaixão, principalmente aquelas que visam ao manejo do sofrimento humano.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- O conceito de autocompaixão é antigo no pensamento filosófico Oriental, sendo recentemente abordado pela psicologia.
- A chave para a CFT é garantir que o cliente se torne menos hostil consigo mesmo e que cultive a motivação compassiva para o processo de mudança.
- A CFT é uma terapia integrada que utiliza uma série de processos e intervenções padrão de outras terapias, incluindo o questionamento socrático, experimentos comportamentais, exposição, entre outros.
- O Treino da Mente Compassiva é realizado, em parte, para ajudar o indivíduo a desenvolver os seus sistemas de apoio interno, a criar coragem para ser capaz de se envolver com o conteúdo doloroso que traz dentro de si, ajudando-o a se tornar "mentalmente apto" para o trabalho terapêutico.

HISTÓRIA E DESENVOLVIMENTO

A CFT teve início há mais de 25 anos atrás, quando Paul Gilbert percebeu que as pessoas com quadros crônicos e problemas complexos de saúde mental diziam: "eu posso ver a lógica a partir das evidências de que eu não sou um fracasso, mas eu ainda sinto que sou" ou "eu sei que não foi por minha culpa eu ter sido abusada sexualmente quando criança, mas eu ainda me sinto mal e culpada". Quando o autor explorou o tom emocional utilizado por essas pessoas na busca por pensamentos alternativos, percebeu que esses pensamentos estavam, muitas vezes, entrelaçados com sentimentos de decepção, hostilidade, desprezo ou desistência.

As intervenções da CFT começaram com a prática da criação de tons e texturas emocionais favoráveis e úteis para os pensamentos alternativos; de novos comportamentos de enfrentamento; e de experiências de exposição, buscando *criar uma voz interior calorosa e amorosa* – como se estivesse falando com um querido amigo – e *sentir o impacto desse tipo de voz* (Gilbert, 2009). Descobriu-se que os pacientes com altos níveis de vergonha e autocrítica se esforçavam demais para fazer isso. Muitos eram resistentes, enquanto para alguns os sentimentos de bondade pareciam muito "desconfortáveis e artificiais". Para outros, essa prática deu início a um processo de luto ao reconhecerem, por exemplo, que já se sentiam "mal-amados" há muito tempo.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Para atingir esses objetivos, a CFT foi desenvolvida (Gilbert, 2009, 2010, 2014):

1) A partir de um modelo evolutivo da mente, com vários pontos-chave de psicoeducação:

Nossas mentes são produtos da evolução da espécie e contêm em si uma série de motivações (e. g., sexo, *status* e pertencimento) e disposições emocionais (raiva, ansiedade, frustração, alegria, tristeza) formadas ao longo de centenas de milhões de anos. Nós compartilhamos tudo isso com muitos outros animais, porém, há cerca de dois milhões de anos, os pré-humanos começaram a evoluir para sistemas cognitivos complexos, e nos tornamos seres inteligentes. A capacidade humana mais recente de pensar, imaginar, ruminar, antecipar, automonitorar, ter consciência de si mesmo e, ainda assim, interagir com as nossas antigas motivações e emoções, acabou nos aprisionando em inúteis e irracionais *loops* de pensamentos.

O terapeuta CFT compartilha com o seu cliente o exemplo de uma zebra escapando de um leão. Uma vez que o estímulo do leão não está mais no campo sensorial, auditivo ou olfativo da zebra, não há nada mais que mantenha a ameaça e, por isso, a zebra vai se acalmar e voltar ao campo. No entanto, os seres humanos podem, literalmente, *trazer o estímulo novamente* através de um processo de imaginação e antecipação, imaginando o que poderia ter acontecido se tivesse sido apanhado pelo leão, como seria ter sido comido vivo por ele e o que aconteceria se amanhã encontrasse um leão, ou dois leões. Usamos esses exemplos para que as pessoas possam entender que o cérebro humano está propenso a *loops* de pensamentos complexos e irracionais, mas que isso não é nossa culpa.

2) A partir de um aspecto social construcionista, em que o nosso senso de "eu" também é construído através das circunstâncias sociais.

Muitas vezes, compartilha-se com os clientes o exemplo de imaginar que tipo de pessoa nós (o terapeuta) teríamos sido se fossemos sequestrados quando bebês, aos três dias de idade, por uma gangue

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

violenta. Explora-se, dentro desse exemplo, quais características poderíamos ter desenvolvido (e. g., agressividade, violência ou falta de cuidado) e como *essa versão de nós* seria muito diferente da pessoa que está aqui, agora, na frente deles. Esse recurso facilita o reconhecimento de que muito do nosso sentido de nós mesmos – incluindo o que se passa em nossas mentes – foi projetado *para* nós, mas não *por* nós, e, portanto, *não é nossa culpa*. A versão do cliente é apenas uma dentre muitas outras versões possíveis. Na CFT, o foco é a mudança das queixas de vergonha, ao assumir a responsabilidade no treinamento para ajudar os clientes a reconhecer que eles podem escolher e cultivar diferentes versões de si mesmos, especialmente a versão da compaixão, e as vantagens de fazê-lo.

3) A partir da compreensão da "natureza funcional das emoções" e de como elas interagem. A análise funcional evolutiva sugere que temos pelo menos três tipos funcionais de sistema de regulação da emoção (Gilbert & Irons, 2014), os quais veremos mais adiante neste capítulo.

Retomando:

- As intervenções da CFT começaram com a prática da criação de tons e texturas emocionais favoráveis e úteis para os pensamentos alternativos; de novos comportamentos de enfrentamento; e de experiências de exposição, buscando *criar uma voz interior calorosa e amorosa* – como se estivesse falando com um querido amigo – e *sentir o impacto desse tipo de voz*.

A CFT está enraizada:

- No modelo evolutivo da mente: a capacidade humana mais recente de pensar, imaginar, ruminar, antecipar, automonitorar, ter consciência de si mesmo e, ainda assim, interagir com nossas antigas motivações e emoções, acabou nos aprisionando em inúteis e irracionais *loops* de pensamentos.
- No modelo social construcionista, em que o nosso senso de "eu" também é construído através das circunstâncias sociais.
- Na compreensão da "natureza funcional das emoções" e de como elas interagem.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

TRABALHANDO COMPASSIVAMENTE

A compaixão e seus componentes podem ser definidos de várias formas. Na CFT, a compaixão é compreendida em termos de habilidades e atributos específicos. O que é central na CFT é o Treino da Mente Compassiva, em que o terapeuta promove a compaixão no seu cliente através da demonstração dos *atributos* e *habilidades* da compaixão (ver Figura 13.1). Dessa forma, o cliente tem a ajuda necessária para desenvolver uma relação compassiva consigo mesmo, para substituir a relação anterior de reclamação, condenação e autocrítica (Gilbert, 2009).

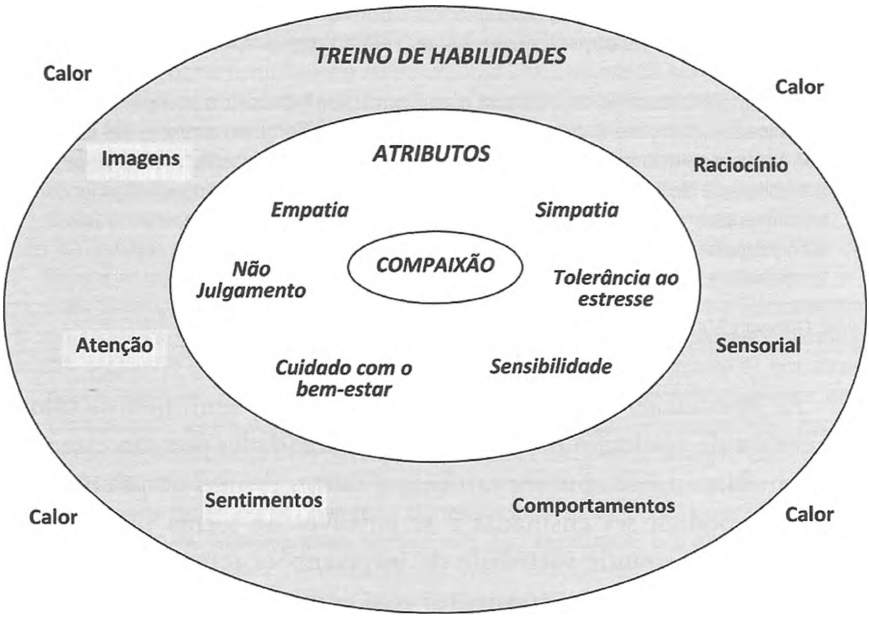


Figura 13.1 Treino da Mente Compassiva Multimodal.
Fonte: Tradução e adaptação de Matsumoto, L. S.; Lotufo Neto, F. (Gilbert, 2010).

Visando a uma melhor compreensão da Figura 13.1, passaremos a discorrer acerca dos atributos e habilidades da compaixão.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quadro 13.1 Atributos da compaixão

a) **Cuidado com o bem-estar:** requer cultivar a motivação de se cuidar com o objetivo de aliviar o estresse e facilitar o florescimento e o desenvolvimento do autocuidado;
b) **Sensibilidade:** o indivíduo é sensível ao estresse e às necessidades, sendo capaz de reconhecer e distinguir os sentimentos e as necessidades do objeto de seu cuidado;
c) **Simpatia:** ter simpatia envolve estar emocionalmente tocado pelos sentimentos e pelo estresse do objeto do seu cuidado. Na relação terapêutica, isso significa que o cliente está apto a perceber o seu terapeuta emocionalmente envolvido com a sua história, em oposição a estar emocionalmente passivo ou distante;
d) **Tolerância ao estresse/emoções:** significa ser capaz de conter, "ficar com" e tolerar elevados e complexos níveis de emoções, ao invés de evitar, temerosamente desviar, fechar-se, contradizer, invalidar ou negar. O cliente vivencia o terapeuta como alguém capaz de lidar com suas próprias emoções e também com as emoções do cliente. O terapeuta não está alarmado, chocado ou com medo das emoções do cliente, ou, se estiver, ele as valida e se comporta de uma maneira adequada;
e) **Empatia:** sentimentos de empatia envolvem trabalhar com a compreensão dos significados, funções e origens do mundo interno de outra pessoa, de forma a ser capaz de ver o mundo pelo ponto de vista da outra pessoa. A autoempatia é a habilidade de recuar um pouco e compreender seus próprios pensamentos e sentimentos;
f) **Não julgamento:** significa não condenar, criticar, envergonhar ou rejeitar. No entanto, não julgamento não significa não preferência.

Fonte: Gilbert (2009, 2010).

As *habilidades da compaixão* envolvem criar sentimentos calorosos, gentis e de apoio em uma variedade de atividades que são essencialmente multimodais e comuns também a outras formas de psicoterapia. As pessoas podem ser ensinadas a se envolver de forma plena e consciente em uma grande variedade de intervenções terapêuticas que focam os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos. É especialmente importante ensinar os clientes a usar essas habilidades consigo mesmos. Quando são sondados sobre o padrão emocional em seus esforços de se autoajudarem, os clientes com altos níveis de vergonha e autocrítica geralmente revelam que usam um tom de voz interna frio e agressivo, como um tipo de *autobullying* para tentar mudar seus pensamentos e comportamentos. Os terapeutas devem explorar a hipótese de os seus clientes estarem tentando forçar a si mesmos, fazendo *bullying*

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

consigo mesmos para conseguir mudar, em contraste a ser solidário e encorajador em seus esforços para conseguir tal mudança.

Quadro 13.2 Habilidades compassivas

a) **Atenção compassiva:** é focar a atenção em uma forma de ajuda e apoio. Na CFT, o terapeuta foca a identificação das forças, habilidades e qualidades positivas do cliente, tais como a coragem, o cuidado com os outros, além de prévias estratégias de enfrentamento, enquanto ensina a prestar atenção e a trazer à mente suas qualidades positivas, talvez revisitando as memórias positivas e trabalhando com esses aspectos sobre si mesmo;

b) **Raciocínio compassivo:** o pensamento compassivo envolve a maneira como eu raciocino em relação ao mundo, a nós mesmos e aos outros. Na CFT, o terapeuta dedica um bom tempo para assegurar que a experiência do cliente em encontrar os "pensamentos alternativos" seja feita em forma de ajuda, que seja útil, solidária e carinhosa. A lógica não é suficiente, e as "evidências" são secundárias à experiência de estar sendo ajudado e apoiado. O que é particularmente importante é como as pessoas raciocinam, ruminam e refletem sobre o seu estado de humor, seu futuro e seu senso de si mesmas. A vergonha e a autocrítica são alvos na CFT, mas é importante compreender a função dos pensamentos autocríticos e o medo que as pessoas têm em abrir mão deles. O terapeuta ensina sobre os problemas de certos tipos de ruminação e como substituir o pensamento através de um novo foco compassivo;

c) **Comportamento compassivo:** tem como objetivo aliviar o estresse e facilitar o desenvolvimento e o crescimento. Isso não significa evitar uma difícil realidade, pois a coragem é muito importante na CFT. Ajudar o cliente a ter coragem requer uma clara colaboração no "novo comportamento" como uma intervenção compassiva. O objetivo da CFT é ensinar o cliente a usar a compaixão, a gentileza, o carinho e o cuidado como pontos de referência ao se envolver em atividades temidas. É uma repetição do que normalmente deveria acontecer em uma relação entre pais e filhos, na qual os pais seriam encorajadores, apoiadores e solidários. Na CFT, o terapeuta encoraja seu cliente a seguir essa orientação aplicando-a a si mesmo. Alguns clientes desenvolveram o medo de se divertir ou de fazer coisas boas para si mesmo, pois as emoções positivas podem ser aflitivas ou ameaçadoras porque não são familiares, e o cliente fica "em guarda". Ajudar esses clientes a se tornarem "focados-no-processo" ao invés de "focados-na-tarefa" é também importante. Além disso, na CFT, o terapeuta ajuda o cliente a focar os esforços ao invés dos resultados. Dessa forma, os clientes aprendem a apreciar seus esforços e a valorizá-los ao invés de focar apenas o objetivo final. A maioria dos clientes com altos níveis de vergonha e autocrítica nunca aprendeu a apreciar os seus esforços.

d) **Imagem compassiva:** é uma técnica que envolve uma série de exercícios para ajudar o cliente a gerar sentimentos compassivos para si mesmo. Na CFT, o terapeuta trabalha para ajudar seu cliente a criar e explorar sua imagem "ideal de compaixão". O terapeuta guia seu cliente através de exercícios, explorando

continua

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quadro 13.2 *Continuação.*

sentimentos associados a várias imagens, investigando com quem se parece, a expressão facial, o tom de voz. Essas imagens nem sempre são claras e, às vezes, o cliente prefere imagens não humanas como animais, árvores, ou uma montanha. Ainda assim, essa imagem deve ser vista com qualidades específicas de sabedoria, força, calor e não julgamento. Há também exercícios de postura corporal e de imaginar a si mesmo como uma pessoa profundamente compassiva, em que o cliente explora sua percepção de idade, expressão facial, postura corporal, tom de voz e estilo de pensamentos. Clientes são encorajados a praticar todos os dias, a se tornarem o "eu-compassivo", com as expressões faciais, o tom de voz e a forma de pensar apropriados;

e) **Sentimentos compassivos:** relacionam-se com a experiência de compaixão vinda dos outros, para os outros e para si mesmo. Os sentimentos de compaixão podem ser gerados de várias formas, através da relação terapêutica e do foco na atenção, no pensamento, no comportamento e na imagem;

f) **Sensação compassiva:** refere-se às formas como o terapeuta ajuda o seu cliente a explorar sentimentos em seu corpo quando ele está focado em ser compassivo, experimentando a compaixão vinda dos outros e sentindo a autocompaixão. Por meio desse trabalho e desenvolvendo essas habilidades, a CFT tenta ajudar o cliente a criar em si os sentimentos de calor, carinho, apoio e solidariedade.

Fonte: Gilbert (2009).

TRÊS SISTEMAS DE REGULAÇÃO DA EMOÇÃO

Na CFT, a compaixão é vista como algo que emerge de um sistema particular de motivação social, no qual as pessoas desenvolvem e cultivam suas interações. Estas podem ser com outras pessoas, mas também podem ser interações consigo mesmas. É enraizado na evo-lução de um sistema de competências motivacionais, emocionais, comportamentais e cognitivas que nos permite perceber, engajar e trabalhar para tratar a angústia e as necessidades de si e dos outros, assim como na direção e na busca de cuidado, ajuda, compartilhamento e carinho (Gilbert, 2013).

O ponto alto da CFT é enfatizar as habilidades que facilitam a experiência das emoções de afiliação, via compaixão, por ela ter um padrão fisiológico peculiar que facilita a regulação das emoções temidas e, geralmente, fornece a coragem para se desenvolver o medo. O foco da CFT está nas três principais funções das emoções (ver Figura 13.2), conforme descritas a seguir (Gilbert, 2013):

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

1) Sistema Focado na Ameaça e na Autoproteção: esse sistema evoluiu para alertar e direcionar a atenção, detectando e respondendo às ameaças apropriadamente.

Possui um *menu* de emoções baseadas nas ameaças, tais como raiva, ansiedade e desgosto (também chamadas de emoções negativas), e um *menu* de comportamentos defensivos, como luta, fuga, submissão e congelamento. É reconhecido como o nosso sistema de processamento afetivo mais dominante e que dá origem ao *viés da negatividade*. Assim, é muito mais fácil dar atenção aos estímulos negativos do que aos estímulos positivos, pois precisamos nos lembrar dos eventos aversivos que influenciaram a nossa tomada de decisão, bem como nos proteger desses eventos.

As emoções de ameaça também podem surgir quando uma motivação é bloqueada, por exemplo: crianças que estão altamente motivadas a estarem próximas do seu objeto de apego, mas, quando o acesso está bloqueado, sentem-se ameaçadas e demonstram angústia ou ansiedade.

Os humanos podem sentir-se ameaçados pelas coisas fora de si (estímulos externos), mas, obviamente, também pelas coisas dentro de si (eventos privados), como a sua própria raiva, ansiedade, fantasias intrusivas ou até mesmo ficar ansioso sobre ficar ansioso. Emoções aversivas e mudanças de humor podem surgir após a ameaça já ter passado, quando o foco recairá sobre a perda ou prejuízo do que aconteceu.

Emoções relacionadas às ameaças costumam ser o motivo pelo qual a maioria das pessoas busca ajuda, e as terapias geralmente exploram as origens e os significados relacionados a tais emoções, com intervenções que envolvem algum tipo de *insight*, reestruturação cognitiva, exposição, dessensibilização e treino de habilidades sociais. Por isso, a maioria das terapias tende a trabalhar diretamente com o Sistema Focado na Ameaça *per se*. No entanto, na CFT, o terapeuta trabalha com a compaixão e, geralmente, precisa trabalhar com o Sistema Focado na Afiliação, com sentimentos positivos que ajudam a regular o Sistema Focado na Ameaça.

2) **Sistema Focado na Direção, na Busca e na Aquisição:** esse sistema foi projetado para observar e prestar atenção aos recursos vantajosos, em buscar, conseguir e obter prazer.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Se algo muito bom nos acontece como, por exemplo, ganhar uma fortuna na loteria, há grandes chances de que teremos fantasias intrusivas e sentimentos com estados elevados de excitação. Então, esse sistema positivo está ativado, no entanto, algumas pessoas são temerosas em relação a sentimentos positivos, porque elas sentem que, se estão felizes, algo de muito ruim está para acontecer.

Há um crescente consenso de que as sociedades ocidentais estão estimulando demasiadamente a competitividade do buscar, do querer, possivelmente em detrimento da afiliação e do jeito de viver em comunidade.

Uma grande valorização das conquistas e aquisições no Sistema Focado na Direção pode aumentar a vulnerabilidade para certos estados depressivos, em especial, quando os motivos e objetivos forem bloqueados, ou quando a pessoa sentir-se derrotada por não ser capaz de atingir tais objetivos, o que pode acabar criando sentimentos de exaustão, fadiga, desesperança e, no final, até mesmo a perda da direção.

3) Sistema Focado na Afiliação, no Contentamento e na Tranquilidade: esse sistema permite estados de quietude e paz, quando os indivíduos já não estão mais focados na ameaça ou em consumir mais. Isso permite que o corpo possa "descansar e digerir".

Ao longo do processo evolutivo, esse sistema foi adaptado para algumas das funções de comportamento de afiliação e apego, especialmente a capacidade dos pais de acalmar a angústia de uma criança. Essas emoções foram ignoradas pela psicologia clínica, possivelmente pelo entendimento de que eram apenas a ausência de ameaças.

Há um afeto positivo muito específico que está ligado a se acalmar, descansar e sentir contentamento – um estado de quietude em que a pessoa não está sob ameaça e não está buscando ou conquistando algo, representando um efeito calmante nos dois sistemas, o de ameaça e o de direção.

É importante ressaltar que há vários clientes que apresentam dificuldades com sentimentos de contentamento, segurança e compaixão, ficando temerosos ao se permitir "diminuir a guarda". Assim, o foco central na CFT é trabalhar com pessoas que tenham medo da compaixão e medo da segurança (Gilbert, 2014).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Figura 13.2 Três Sistemas de Regulação da Emoção.
Fonte: Tradução e adaptação de Matsumoto, L. S.; Lotufo Neto, F. (Gilbert, 2010).

Retomando:

Três sistemas de regulação da emoção:

1) **FOCO NA AMEAÇA:** Sistema de proteção à ameaça. Emoções de raiva, ansiedade, desgosto – comportamentos de luta, fuga, congelamento, submissão;
2) **FOCO NO INCENTIVO:** Sistema de direção/impulso. Busca por desejos/prazer – comida, sexo, amizades, excitação, prazer – materiais ou ligados à autoestima;
3) **FOCO NA AFILIAÇÃO:** Sistema da satisfação/contentamento. Sensação de paz, bem-estar e quietude – importância do comportamento de cuidado na estimulação do sistema de segurança.

Além dos três sistemas de regulação das emoções, a CFT enfatiza a importância do trabalho com algumas emoções frequentemente relatadas pelos clientes: a vergonha, a culpa, a timidez e a ansiedade social.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Vergonha

Todas as emoções podem se tornar patológicas e todas foram relacionadas com estados depressivos. O que é comum nessas emoções (exceto a culpa) é que elas trazem sofrimento para a pessoa, que se vê indesejada, em uma posição social de inferioridade, além de se tornar muito preocupada com o que os outros pensam a seu respeito, o que leva a comportamentos defensivos e de submissão (Gilbert, 2000).

Um dos principais papéis da CFT é trabalhar com as complexidades da vergonha (Figura 13.3).

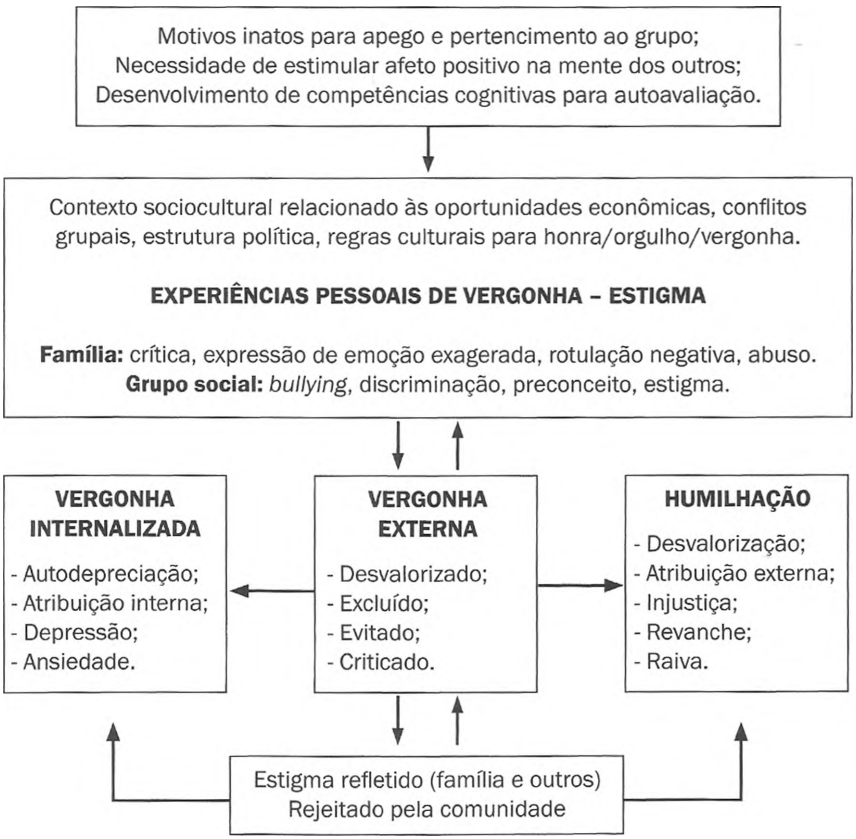

Motivos inatos para apego e pertencimento ao grupo;
Necessidade de estimular afeto positivo na mente dos outros;
Desenvolvimento de competências cognitivas para autoavaliação.
Contexto sociocultural relacionado às oportunidades econômicas, conflitos grupais, estrutura política, regras culturais para honra/orgulho/vergonha.
EXPERIÊNCIAS PESSOAIS DE VERGONHA – ESTIGMA
Família: crítica, expressão de emoção exagerada, rotulação negativa, abuso.
Grupo social: bullying, discriminação, preconceito, estigma.
VERGONHA INTERNALIZADA
- Autodepreciação;
- Atribuição interna;
- Depressão;
- Ansiedade.
VERGONHA EXTERNA
- Desvalorizado;
- Excluído;
- Evitado;
- Criticado.
HUMILHAÇÃO
- Desvalorização;
- Atribuição externa;
- Injustiça;
- Revanche;
- Raiva.
Estigma refletido (família e outros)
Rejeitado pela comunidade

Figura 13.3 Modelo Biopsicossocial da Vergonha.
Fonte: Tradução e adaptação de Matsumoto, L. S.; Lotufo Neto, F. (Gilbert, 2010).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

O Modelo Biopsicossocial da Vergonha está relacionado com o fato de que os humanos evoluíram buscando criar sentimentos positivos acerca de si mesmos para os outros (Gilbert, 2010):

a) Todos nós nascemos com a necessidade de nos conectar e nos sentir cuidados. Isso floresce em nós desejos de estarmos socialmente conectados em um grupo; queremos encontrar aceitação, sermos queridos, apreciados e valorizados. Se conseguirmos isso, nos sentiremos mais seguros (e o nosso Sistema Focado na Ameaça se tranquilizará), em contraste em não ser querido e valorizado, ser rejeitado ou sofrer em isolamento. Relacionamentos de ajuda são psicologicamente reguladores;
b) A forma como nós vivenciamos as relações próximas ou as mais íntimas, sendo elas carinhosas, negligentes ou abusivas, tem um grande impacto em como vivenciamos o "nós" na mente dos outros. Estar vulnerável à vergonha externa é estar sensível aos sentimentos e pensamentos negativos sobre si mesmo na mente dos outros;
c) Existem duas estratégias de segurança para a vergonha. Uma delas é a resposta da vergonha internalizada, quando a pessoa é subordinativa e submissa. A outra é a externalizada, a resposta de humilhação, em que a pessoa adota uma resposta mais dominante, agressiva e de ataque – ela tenta criar uma sensação de segurança pessoal através da habilidade de se sobrepor ou agredir as pessoas que potencialmente poderiam atacar/rejeitar. No entanto, estas não são estratégias conscientemente escolhidas, mas sim variações fenotípicas e que dependem do contexto;
d) A vergonha refletida está relacionada à vergonha que os outros podem sentir sobre a pessoa, pela sua associação com eles e pela vergonha que ela causa aos outros. A vergonha pode ser focada em vários aspectos, tais como sentimentos, fantasias e desejos, comportamentos do passado, características pessoais e do próprio corpo.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quadro 13.3 Influências dos sentimentos de vergonha.

Os sentimentos de vergonha também têm grande participação:

1) Na aquisição da vulnerabilidade ao estresse emocional;
2) No desenvolvimento do senso de si mesmo;
3) Nos comportamentos de segurança e enfrentamento;
4) Na falta de abertura para o outro, na incapacidade de se identificar com o outro, em evitar um pedido de ajuda (incluindo decidir ir à terapia);
5) No enfrentamento do processo e dos sentimentos que surgem na terapia (perder o controle, ser inundado pelas lágrimas, revelar um abuso na infância) e em decidir interromper ou continuar;
6) Na maneira como reagem no processo da terapia como um todo, incluindo a vergonha que pode surgir em casa, com o cliente tentando mudar;
7) No que eles revelam ou mantêm em segredo.

Fonte: Gilbert (2010).

Todo terapeuta que trabalha com os casos clínicos mais complexos conhece bem as complexidades dos sentimentos de vergonha (Gilbert, 2010). Além da vergonha, a autocrítica também é frequentemente trabalhada na CFT.

Retomando:

O Modelo Biopsicossocial da Vergonha está relacionado com o fato de que os humanos evoluíram buscando criar sentimentos positivos acerca de si mesmos para os outros.

- Todos nós nascemos com a necessidade de nos conectar e nos sentir cuidados.
- A forma como vivenciamos as relações próximas ou as mais íntimas, sendo elas carinhosas, negligentes ou abusivas, tem um grande impacto em como vivenciamos o "nós" na mente dos outros.
- Existem duas estratégias de segurança para a vergonha. Uma delas é a resposta da vergonha internalizada, quando a pessoa é subordinativa e submissa. A outra é a externalizada, a resposta de humilhação, em que a pessoa adota uma resposta mais dominante, agressiva e de ataque.
- A vergonha refletida está relacionada à vergonha que os outros podem sentir sobre a pessoa, pela sua associação com eles e pela vergonha que ela causa aos outros.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Autocrítica

A autocrítica é um processo complexo com diferentes formas e funções. Uma das funções objetiva a autocorreção como, por exemplo, impedir uma pessoa de cometer erros ou manter a pessoa "na linha", alertando-a para os erros e fazendo com que se esforce para alcançar os seus objetivos. Outra função é a de se prejudicar ou se vingar, por raiva ou desprezo de si mesmo, ou tentar se livrar dos aspectos ruins ou maus de si mesmo. Estas formas de autocrítica estão altamente associadas com a vergonha e o humor depressivo. Para as pessoas propensas a sentir muita vergonha, a se autoatacar, a se autoculpar ou a se autocriticar, esses comportamentos podem ser vistos como estratégias de segurança ou de autorregulação, o que requer do terapeuta muito cuidado na abordagem das suas origens e funções antes de trabalhar com elas.

Ao invés de tentar identificar esses processos como comportamentos/pensamentos distorcidos ou mal-adaptativos, eles podem ser entendidos como "comportamentos de segurança", em que a pessoa está fazendo o melhor que pode para lidar com as situações dolorosas, memórias e emoções. Pontua-se o fato de que os sentimentos e pensamentos são reações automáticas e que podem surgir como resultado do nosso sistema evolutivo de emoções e condicionamentos passados e, por isso, não seria "nossa culpa" (Gilbert, 2010).

O terapeuta CFT orienta o seu cliente a fazer uma análise da autocrítica (ver Figura 13.4) a partir das seguintes questões (Gilbert & Procter, 2006):

1) Eventos e traumas na infância: como abuso, negligência, *bullying*, críticas dos colegas ou dos familiares. O terapeuta explora essas memórias autobiográficas em detalhes, pois elas contêm poderosas qualidades sensoriais que são como memórias traumáticas. Essas memórias, quando não abordadas, podem dificultar que o cliente se sinta seguro. Por exemplo, um cliente se recordou vividamente do "olhar raivoso" na face de sua mãe e do terror que sentia sempre que ela tinha seus ataques de raiva, e essas experiências ficam gravadas nas memórias emocionais;

2) Medos básicos de dois tipos: o medo focado externamente (que está relacionado ao que o mundo pode fazer comigo, por exemplo:

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

"Os outros têm o poder de me rejeitar e me machucar"; "Os outros podem ser malvados a qualquer momento") e o medo focado internamente (que está relacionado aos sentimentos que a pessoa não consegue controlar, relacionados à ansiedade, ao pânico, à vergonha, à depressão ou à raiva);

3) Estratégias de segurança básica / comportamentos / crenças: são as formas que a pessoa aprendeu para tentar evitar (ou se defender) os ataques externos e emergências internas das emoções não desejáveis, em que a pessoa se sente esmagada ou envergonhada. As pessoas podem tentar evitar se machucar sendo extremamente submissas ou não assertivas, silenciando, culpando, sempre colocando as necessidades dos outros em primeiro lugar, não confiando nos outros e os mantendo à distância. Alternativamente, as pessoas podem usar estratégias de evitação, sendo agressivas, mantendo os outros à distância e evitando intimidades. O controle das experiências internas aversivas pode ser feito via dissociação, uso abusivo de substâncias, automutilação ou tentando se livrar das "coisas ruins dentro de mim";

4) Consequências não intencionais: o que começa como compreensíveis esforços de se defender das ameaças externas e internas muitas vezes tem consequências não intencionais. Ser excessivamente submisso pode levar uma pessoa a não ser levada a sério. Sempre colocar as necessidades dos outros em primeiro lugar pode fazer com que a pessoa não aprenda sobre as suas próprias necessidades e sobre como satisfazê-las. Por exemplo, criticar a si mesmo para tentar diminuir a probabilidade de erros pode levar a exaustão, fazendo com que raramente a pessoa esteja em paz e contente consigo mesma. Manter-se distante dos outros, ser autossuficiente e autocorretivo pode levar a sentimentos de isolamento emocional e à sensação de não se sentir parte de um relacionamento.

5) Autoataque para as consequências não intencionais: enquanto a autocrítica pode ser parte das estratégias de segurança, ela também pode surgir por conta de consequências não intencionais. Por exemplo, uma mulher submissa diz que se odeia por sempre ter sido tão submissa e deixar o medo dominá-la. Um homem que abusa do álcool diz que percebeu o que o vício fez com a sua vida e se odiou pela sua fraqueza, entrou em depressão e bebeu mais ainda. Nesses casos, a pessoa inicia com o treino da compaixão para a sua submissão e o medo que a sustenta, bem como para a necessidade do uso do álcool para bus-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

car alívio. Ao invés de odiar o "eu alcoólico", desenvolve-se compaixão por si mesmo. A chave então é sempre procurar o medo ou a sensação de ameaça que sustenta as estratégias de segurança. Para ajudar os clientes a perceber essas ligações e a evitar a sua repetição, utilizamos o diagrama da Figura 13.4.

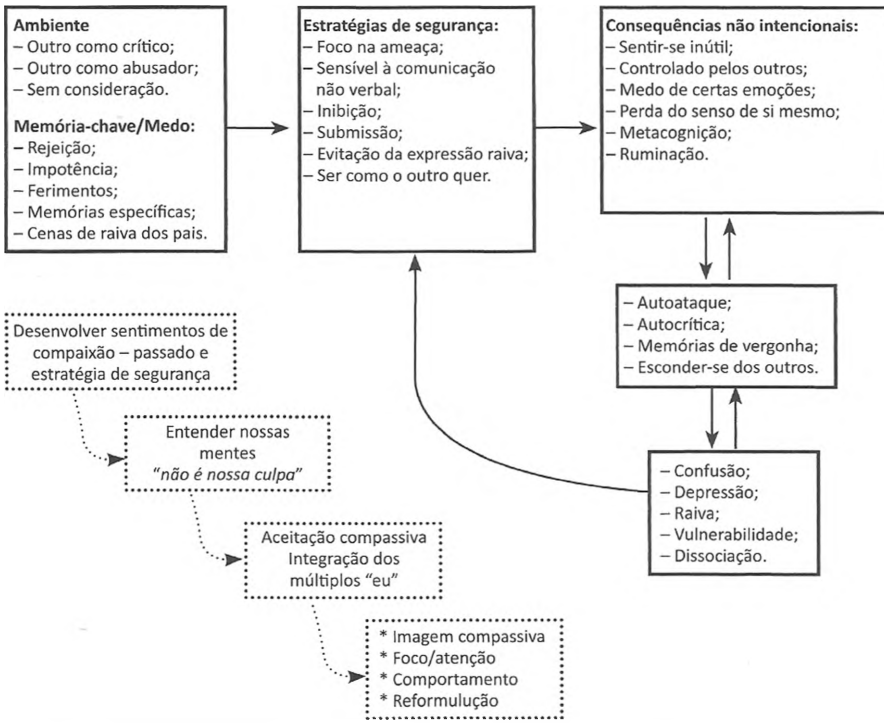


Figura 13.4 Formulação das Estratégias de Segurança.
Fonte: Tradução e adaptação de Matsumoto, L. S.; Lotufo Neto, F. (Gilbert & Procter, 2006).

Retomando:

A **autocrítica** é um processo complexo com diferentes formas e funções. Uma das funções objetiva a autocorreção como, por exemplo, impedir uma pessoa de cometer erros ou manter a pessoa "na linha", alertando-a para os erros e fazendo que se esforce para alcançar os seus objetivos. Outra função é a de se prejudicar ou se vingar, por raiva ou desprezo de si mesmo, ou tentar se livrar dos aspectos ruins ou maus de si mesmo. Estas for-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

mas de autocrítica estão altamente associadas com a vergonha e o humor depressivo.

O terapeuta CFT orienta o seu cliente a fazer uma análise da autocrítica:

- **Eventos e traumas na infância:** como abuso, negligência, *bullying*, críticas dos colegas ou dos familiares.
- **Medos básicos de dois tipos:** o medo focado externamente (ambiente) e o focado internamente (sentimentos como vergonha, raiva, etc.).
- **Estratégias de segurança básica / comportamentos / crenças:** são as formas que a pessoa aprendeu para tentar evitar (ou se defender) ataques externos e emergências internas das emoções não desejáveis.
- **Consequências não intencionais:** o que começa como compreensíveis esforços de se defender das ameaças externas e internas muitas vezes tem consequências não intencionais.
- **Autoataque para as consequências não intencionais:** enquanto a autocrítica pode ser parte das estratégias de segurança, ela também pode surgir por conta de consequências não intencionais.

Concomitantemente ao trabalho com as emoções de vergonha e autocrítica, a compaixão poderá ser desenvolvida a partir das concepções a seguir.

DESENVOLVENDO A COMPAIXÃO

Para o desenvolvimento da compaixão, os clientes são apresentados a uma variedade de exercícios de imagens compassivas, relacionados ao conceito e à ideia da *compaixão como um fluxo:* a compaixão dos outros para mim, a compaixão de mim para os outros e a compaixão de mim para mim (Gilbert, 2013):

1) Desenvolvimento de um ideal de compaixão nos outros: os clientes são incentivados a pensar sobre suas qualidades ideais de compaixão personificando-as ou objetivando-as, como em uma imagem. Essa imagem não precisa ser humana, mas, uma vez que as qualidades dessa imagem são formadas e associadas a determinadas qualidades de

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

compaixão (e. g., sabedoria, força, cuidado, comprometimento), o terapeuta ajudará o cliente a praticar a lembrança dessa imagem quando necessário, como forma de envolver os seus sistemas de ameaça. Os clientes são incentivados a considerar: "O que será que a sua imagem de compaixão pensaria e sentiria sobre isso?" e "O que a sua imagem de compaixão poderia sugerir que fosse útil para você nesta situação?". O desenvolvimento de um "outro compassivo" imaginário pode ser um passo útil para facilitar o fluxo interno da experiência de compaixão.

2) Desenvolvimento de um ideal do eu-compassivo: aqui, usamos uma variedade de habilidades ligadas à aparência, à empatia e a técnicas de atuação para ajudar os clientes a desenvolver um senso de autocompaixão. Os clientes são ajudados a considerar o tipo de mentalidade (motivação, intenção, maneiras de pensar, sentir e agir), expressão facial, tom de voz, postura corporal e assim por diante que o seu ideal de autocompaixão teria e, em seguida, a "prática" (por meio de imaginação, primeiramente com o terapeuta e, posteriormente, com outras pessoas confiáveis) dessas qualidades para que se tornem mais acessíveis.

3) A autocompaixão pode ser focada em duas direções principais:

a) **Compaixão que flui para fora (compaixão para os outros):** aqui, as qualidades do eu-compassivo são direcionadas para uma pessoa ou para um animal que o cliente cuida, com foco na esperança e no desejo de que ele seja capaz de tolerar a angústia, ser feliz e prosperar. A partir da autocompaixão, podemos ajudar o cliente a imaginar como ele gostaria de estar com essa pessoa, como falaria, agiria e reagiria.

b) **Compaixão que flui para dentro (compaixão para si – autocompaixão):** o cliente é ajudado a trazer as suas imagens de autocompaixão à mente. As qualidades da autocompaixão são então direcionadas para si mesmo. Isso pode ser através da criação de uma imagem de si que, olhando pelos olhos da autocompaixão, pode desenvolver empatia, compreensão, atenção e carinho para si mesmo. Os clientes são incentivados a se imaginarem felizes e prósperos, ou então que tenham a força para suportar todas as dificuldades que estão surgindo no momento.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

4) Atenção, Treinamento e Consciência Plena (*Mindfulness*): podemos começar a assumir a responsabilidade quando aprendemos a prestar atenção em como nossa mente funciona e no que surge de dentro dela. A atenção plena pode ser entendida como sendo um holofote, "iluminando" o que quer que incida sobre ela. Então, se prestarmos atenção a uma memória feliz ou triste, diferentes tipos de sensações corporais e sentimentos emergem. Ajudar os clientes a compreender o poder da atenção é uma percepção importante que pode ser desenvolvida por meio de práticas de atenção e consciência plena (para maiores informações sobre *mindfulness*, ver Capítulo 2 deste livro). Essa prática é muito útil, como uma forma de perceber e sair dos *loops* da mente.

5) Ritmo de respiração calmante: a prática e o cultivo de certos tipos de respiração – geralmente mais lentos e mais profundos do que o usual – podem promover uma variedade de benefícios para a saúde, especialmente no sistema parassimpático, além de contribuir para a criação de uma base fisiológica útil para se envolver em outras intervenções terapêuticas (e. g., imagens ou engajar-se em emoções de ameaça). A CFT ajuda os clientes a desenvolver um sentido de tranquilização do corpo, que pode trazer uma sensação de quietude alerta.

6) Imagem: as imagens podem afetar poderosamente a nossa fisiologia e alguns sistemas cerebrais específicos. Podemos usar esses aspectos do nosso "novo" cérebro para estimular sistemas específicos da mente, o que irá promover a compaixão e os processos de afiliação. Um exemplo seria imaginar um "lugar seguro", no qual o cliente cria imagens em sua mente de um lugar em que ele pode sentir uma sensação de segurança, paz ou tranquilidade. Os clientes desenvolvem um senso de "autocompaixão/mente compassiva", e podemos levar isso para uma variedade de situações da vida do cliente, desde eventos de vida até conflitos internos.

7) Trabalhando com diferentes "eus" baseados nas emoções: a CFT destaca o fato de que uma série de dificuldades complexas das pessoas está ligada a conflitos entre emoções e motivações, tanto as atuais como as do passado. Por exemplo, algumas pessoas podem ter medo de si mesmas, sentem raiva, enquanto outras podem ter medo de sua tristeza. Assim, uma emoção pode bloquear outra emoção. O terapeuta utiliza algumas técnicas para dar voz às diferentes emoções, como se fos-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

sem partes separadas de si mesmo e, em seguida, explora os pensamentos e memórias associados a cada uma dessas emoções, bem como os conflitos entre elas. Focalizando o eu-compassivo, a busca seria aceitar e compreender as diferentes partes de si mesmo (e. g., pensamentos, ações e memórias de eu-irritado, eu-ansioso ou eu-triste).

8) Trabalho da cadeira: assim como acontece com outras terapias, o trabalho da cadeira pode ser utilizado de várias maneiras para explorar diferentes relações entre partes do eu, memórias e relacionamentos passados ou atuais, e também para a prática de responder de maneira específica, que na CFT envolve o pensamento compassivo e as suas respostas.

9) Escrita de carta compassiva: a CFT utiliza a escrita expressiva. Os clientes são incentivados a escrever cartas para si mesmos sobre certas dificuldades ou lutas que estão tendo, mas, fundamentalmente, devem escrever essas cartas vindas da parte compassiva de si mesmos. Essas cartas, muitas vezes, incluem um tipo específico de foco, incluindo a empatia e compreensão para o esforço e estresse: "não é sua culpa", ou uma compreensão de como a dificuldade surgiu e de como ela pode ser compreendida, dado o conhecimento dos medos fundamentais da vida e a consideração do que pode ser útil para lidar com a dificuldade (e. g., formas de prestar atenção, pensar ou se comportar). Os clientes são incentivados a manter em mente os dois objetivos da compaixão: a vontade de ser sensível ao sofrimento e também a motivação e sabedoria para descobrir e praticar o que pode ser útil.

10) *Insights* de compaixão: compartilha-se com os clientes que o cérebro humano é muito complicado e não tão bem organizado, que está propenso a *loops* mal-adaptativos e sem utilidade nenhuma e que é altamente influenciado por fatores sociais. *Nós não escolhemos nossos genes, nem as circunstâncias sociais que desenharam e moldaram nosso cérebro, nem nosso senso de nós mesmos.*

Quando as pessoas começam a entender *como* e *por que* o que passa dentro de nossas cabeças *não é nossa culpa*, elas podem ficar muito emocionadas. Como uma cliente disse: "Eu sempre achei que havia algo mau em mim por causa das coisas que acontecem na minha mente". Ter a clara percepção de que isso não era sua culpa, e que o cérebro humano é perfeitamente capaz de gerar esse conteúdo, foi de grande alívio

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

e também a inspirou a começar a escolher a versão de si mesma que gostaria de cultivar (Gilbert & Irons, 2014).

Esses princípios começam a se aprofundar nos fundamentos da personalização e do sentimento de vergonha, e colocam a responsabilidade em uma base diferente. Descobrimos que, quando as pessoas reduzem as suas queixas baseadas na vergonha, elas se tornam mais propensas a assumir a responsabilidade de uma maneira mais útil.

Retomando:

Desenvolvendo a compaixão

- **Desenvolvimento de um ideal de compaixão nos outros:** os clientes são incentivados a pensar sobre suas qualidades ideais de compaixão personificando-as ou objetivando-as, como em uma imagem.
- **Desenvolvimento de um *eu* ideal compassivo:** os clientes são ajudados a considerar o tipo de mentalidade (motivação, intenção, maneiras de pensar, sentir e agir), expressão facial, tom de voz, postura corporal e assim por diante que o seu ideal de autocompaixão teria e, em seguida, a "prática".
- **A autocompaixão pode ser focada em duas direções principais:** uma que flui para fora (compaixão para os outros) e outra que flui para dentro (autocompaixão).
- **Consciência Plena (*Mindfulness*):** podemos começar a assumir a responsabilidade quando aprendemos a prestar atenção em como nossa mente funciona e no que surge de dentro dela.
- **Ritmo de respiração calmante:** a prática e o cultivo de certos tipos de respiração.
- **Imagem**: os clientes desenvolvem um senso de "autocompaixão/mente compassiva", e podemos levar isso para uma variedade de situações da vida do cliente, desde eventos de vida até conflitos internos.
- **Trabalhando com diferentes "eus" baseados nas emoções:** o terapeuta utiliza algumas técnicas para dar voz às diferentes emoções como se fossem partes separadas de si mesmo e, em seguida, explora os pensamentos e memórias associados a cada uma dessas emoções, bem como os conflitos entre elas.
- **Trabalho da cadeira:** o trabalho da cadeira pode ser utilizado de várias maneiras para explorar diferentes relações entre partes do eu, memórias e relacionamentos.
- ***Insights* de compaixão:** quando as pessoas começam a entender *como* e *por que* o que passa dentro de nossas cabeças *não é nossa culpa*.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Para o desenvolvimento da compaixão, não poderíamos deixar de mencionar a importância da relação terapêutica.

A RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Muitas terapias acreditam que a relação terapêutica desempenha um papel importante nos resultados da terapia, ainda que esteja em debate a forma como isso ocorre. Criar uma relação terapêutica segura e continente é a chave para trabalhar com clientes com altos níveis de vergonha e autocrítica, para os quais a CFT foi originalmente desenvolvida. O terapeuta busca validar o círculo da compaixão (ver Figura 13.1) de uma forma atenta e focada, com um olhar cuidadoso para o papel da vergonha (Gilbert, 2009).

A principal ênfase na relação terapêutica na CFT é "despatologizar" e diminuir a vergonha. A CFT se refere a todos os aspectos da terapia, da relação a uma variedade de intervenções que facilitem o desenvolvimento e o acesso ao *sistema de afiliação e contentamento*, para ajudar a balancear a ameaça e a direção (ver Figura 13.2; Gilbert, 2010).

Talvez um dos maiores mal-entendidos sobre a CFT é o de que o conceito de bem-estar/contentamento signifique "calmamente se afastar" ao invés de "calmamente se engajar, se envolver". Por exemplo: se um cliente sofre de agorafobia, a atitude compassiva a ser tomada é confrontar a ansiedade, quando o terapeuta firme e cuidadosamente ajuda o seu cliente a fazer isso (a solução não seria indicar banhos quentes e relaxantes); se um cliente tem problemas de peso, uma atitude compassiva seria ajudá-lo a resistir à comida para melhorar a sua saúde; se um cliente está sofrendo em um relacionamento aversivo, uma atitude compassiva seria ajudá-lo a desenvolver a coragem para sair dessa situação; dizer "não" a algumas coisas que um filho quer, é uma atitude compassiva, enquanto simplesmente dar tudo o que ele quer, não.

Assim, os terapeutas da CFT promovem uma relação terapêutica segura e protegida, que pode permitir ao cliente que se mova em direção à sua angústia. Eles se esforçam para criar uma atitude compassiva

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

flexível, promover um sentido de colaboração em estar juntos para compreender e trabalhar com a angústia dos clientes (Gilbert, 2013).

Retomando:

A importância da relação terapêutica para o desenvolvimento da compaixão:

- Criar uma relação terapêutica segura e continente é a chave para trabalhar com clientes com altos níveis de vergonha e autocrítica, para os quais a CFT foi originalmente desenvolvida.
- A principal ênfase na relação terapêutica na CFT é "despatologizar" e trabalhar a vergonha.
- Os terapeutas da CFT promovem uma relação terapêutica segura e protegida, que pode permitir ao cliente que se mova em direção à sua angústia. Eles se esforçam para criar uma atitude compassiva flexível, promover um sentido de colaboração em estar juntos para compreender e trabalhar com a angústia dos clientes.

Com o objetivo de elucidar o desenvolvimento da compaixão no contexto clínico, apresentamos, a seguir, o caso clínico da Sandra (Gilbert, & Irons, 2014).

Caso clínico

A cliente Sandra, uma mulher inglesa, branca, com 39 anos de idade, com um quadro de Depressão atual que já durava quatro meses, foi encaminhada para o terapeuta por seu psiquiatra. Ela se esforçou para obter qualquer prazer na vida, descreveu sentimentos de desmotivação, falta de energia e relatou que se sentia "derrubada" pela vida e pela sua "cabeça". Ela estava atualmente afastada do trabalho devido à Depressão. Foi casada, tem dois filhos pequenos e se descreve como uma pessoa extremamente autocrítica em muitas áreas de sua vida como, por exemplo, no seu trabalho, ou por ser uma má amiga/esposa/mãe. Sandra se lembra de suas primeiras experiências com seu pai como positivas, mas este estava frequentemente ausente por longos períodos de tempo devido ao seu trabalho. Descreve o relacionamento

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

com sua mãe como difícil, às vezes sua mãe era carinhosa e disponível, mas que, muitas vezes de forma imprevisível, ela tinha explosões de raiva com ela. Nessas ocasiões, sua mãe era muito crítica, apontando "falhas" e gritando "Por que você não pode simplesmente ser boa e fazer as coisas direito?". Ela relatou que se sentia ansiosa quando estava perto de sua mãe e que, muitas vezes, sentia que a mãe estava "decepcionada com ela". Embora tivesse muitos amigos na escola primária, Sandra descreveu sentir-se cada vez mais isolada e insegura durante a adolescência, depois de se mudar para uma grande escola secundária. Sandra foi envolvida em comparações sociais em diferentes domínios como, por exemplo, sua inteligência, suas realizações acadêmicas e/ou esportivas, sua atratividade e sua popularidade. Ela descreveu ter a sensação de que não estava "à altura" dos outros. Embora ela tenha alcançado bons resultados nos exames da escola e universidade, raramente desfrutava qualquer prazer com isto, ao contrário, sentia que precisava se esforçar para "alcançar mais e provar a si mesma e aos outros...". Ao discutir com a cliente sobre essas experiências, informações relevantes foram anotadas para o preenchimento do diagrama da Figura 13.5, as quais acabam nos levando à formulação das dificuldades da cliente.

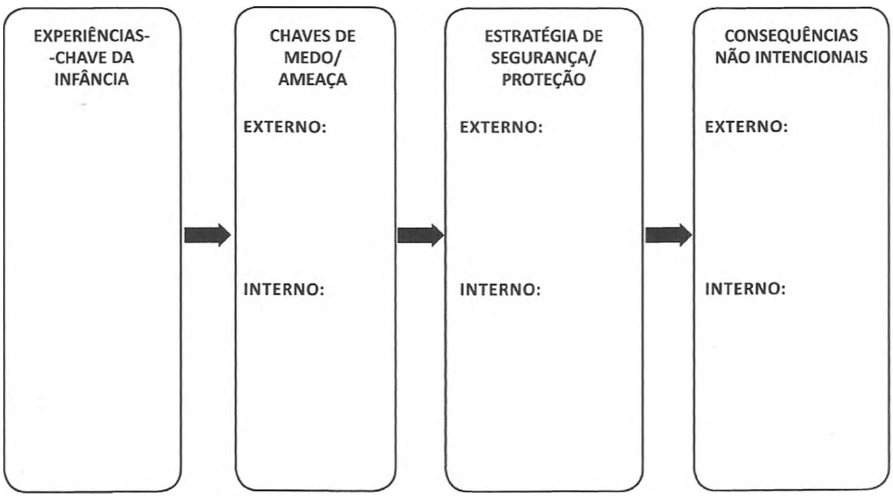


Figura 13.5 Formulação de Caso Clínico – CFT.
Fonte: Tradução e adaptação de Matsumoto, L. S.; Lotufo Neto, F. (Gilbert & Irons, 2014).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Esta formulação (ver Figura 13.6) tem como objetivo fazer uma conexão sobre como algumas das primeiras experiências deixaram Sandra com uma série de medos e ameaças, "gatilhos" externos (sobre o que os outros pensavam e sentiam por ela, ou o que eles poderiam fazer com ela) e internos (decorrentes de si mesma). Em seguida, exploramos as formas que Sandra havia encontrado para se proteger desses medos (coluna das "estratégias de segurança") que, pelo menos em parte, tinham sido úteis em fases de sua vida. Contudo, Sandra percebeu, com o tempo, como estes mesmos comportamentos passaram a acarretar algumas "consequências não intencionais", indesejadas e desagradáveis.

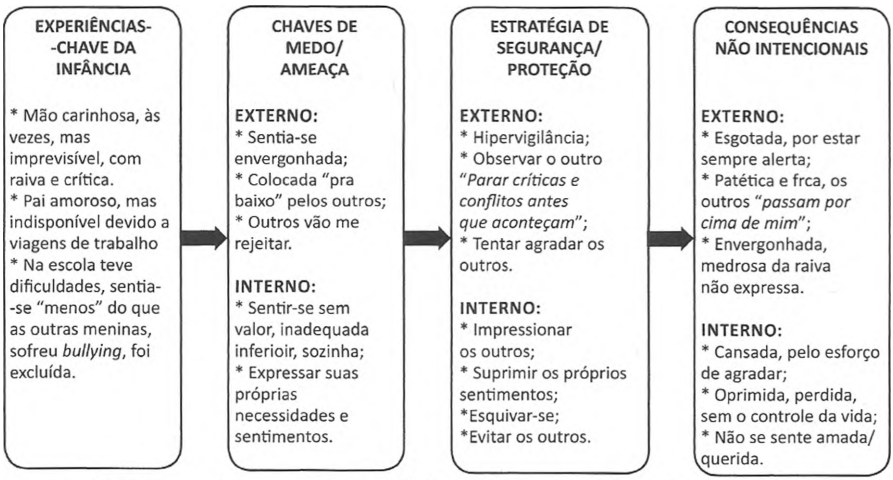

EXPERIÊNCIAS--CHAVE DA INFÂNCIA
* Mão carinhosa, às vezes, mas imprevisível, com raiva e crítica.
* Pai amoroso, mas indisponível devido a viagens de trabalho
* Na escola teve dificuldades, sentia-se "menos" do que as outras meninas, sofreu bullying, foi excluída.
CHAVES DE MEDO/ AMEAÇA
EXTERNO:
* Sentia-se envergonhada;
* Colocada "pra baixo" pelos outros;
* Outros vão me rejeitar.
INTERNO:
* Sentir-se sem valor, inadequada inferioir, sozinha;
* Expressar suas próprias necessidades e sentimentos.
ESTRATÉGIA DE SEGURANÇA/ PROTEÇÃO
EXTERNO:
* Hipervigilância;
* Observar o outro "Parar críticas e conflitos antes que aconteçam";
* Tentar agradar os outros.
INTERNO:
* Impressionar os outros;
* Suprimir os próprios sentimentos;
*Esquivar-se;
*Evitar os outros.
CONSEQUÊNCIAS NÃO INTENCIONAIS
EXTERNO:
* Esgotada, por estar sempre alerta;
* Patética e frca, os outros "passam por cima de mim";
* Envergonhada, medrosa da raiva não expressa.
INTERNO:
* Cansada, pelo esforço de agradar;
* Oprimida, perdida, sem o controle da vida;
* Não se sente amada/ querida.

Figura 13.6 Formulação de Caso Clínico – CFT – Paciente Sandra.
Fonte: Tradução e adaptação de Matsumoto, L. S.; Lotufo Neto, F. (Gilbert & Irons, 2014).

Após a formulação, Sandra foi orientada através de alguns pontos-chave da psicoeducação, incluindo a discussão sobre os "*loops* em sua mente", que são baseados no medo dos outros, na autocrítica e na ruminação. Nós exploramos o modelo do *sistema de regulação emocional* (ver Figura 13.2), e Sandra foi capaz de notar que seus sistemas estavam "fora de equilíbrio", particularmente por ter um *sistema de ameaça* muito poderoso, mas (atualmente) os *sistemas de direção* e o *sistema de alívio* estavam pouco ativados. Ela viu que, durante grande parte da sua vida, conseguiu lidar com o seu *sistema de ameaça*, engajando-se no seu *sistema*

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

de direção. Ela percebeu que teve a noção de que "se eu me criticar, então ninguém mais poderá me surpreender me criticando". Sandra também observou que sempre sentiu poucos sentimentos de "estar a salvo", em segurança ou contentamento (*sistema de alívio*).

Por isso, concordou que poderia ser importante para nós tentarmos desenvolver mais esse sistema, para que ela pudesse "fazer o seu trabalho", ajudando a regular o *sistema de ameaça*. Embora Sandra tivesse achado a prática de respiração calmante difícil no início, com o tempo ela começou a se sentir mais à vontade, e passou a ser mais consciente dos *loops* em sua mente (e. g., "Eu nunca vou fazer nada da vida"). Ao longo de várias semanas, ela descreveu sentir--se mais capaz de sair desses *loops*, em parte, concentrando-se em seu ritmo de respiração calmante, para acalmar o seu corpo.

Quando começamos a praticar as imagens baseadas na compaixão, Sandra achou relativamente fácil imaginar tanto a sua *autocompaixão ideal* como o *ideal de compaixão* dos outros. Além disso, ela se tornou hábil em dirigir esses procedimentos para outras pessoas e, com o tempo, para ela mesma. Ela começou a ver que a base do desejo de se sentir amada, aceita e de pertencimento foi um fator-chave para muitos de seus comportamentos e estratégias de segurança. Assim como acontece com muitas outras pessoas, Sandra poderia gerar pensamentos alternativos úteis, mas ela não conseguia "acreditar" neles.

É sempre importante antecipar e explorar os medos, os bloqueios e as resistências à compaixão. Para Sandra, isso estava relacionado com a raiva não expressa para sua mãe. Além disso, o medo dos seus sentimentos de raiva fazia com que ela se sentisse uma má pessoa, com um sentimento de traição, e para ser compassiva ela não deveria ter esses sentimentos. Com o desenvolvimento da compaixão, ela relacionou a sua raiva e se conectou a um profundo sentimento de ter se sentido sozinha em muitos momentos de sua vida, bem como a um intenso desejo de se sentir amada e aceita. Usamos o desenvolvimento desses sentimentos de força, sabedoria e compromisso em se cuidar, conectado com o seu ideal compassivo, para ajudá-la a tolerar o medo da raiva e da vergonha que emergiu disso. Uma vez que foi capaz de tolerar essa raiva por meio do envolvimento com o seu eu-compassivo, Sandra ficou muito chorosa e triste. Ela sofria pelo que tinha passado durante

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

toda a sua infância, e por tudo o que ela percebeu que tinha perdido. Embora com alguns contratempos, Sandra fez um bom progresso na terapia. Ela já não preenchia os critérios diagnósticos para Depressão, envolveu-se em uma variedade de atividades que antes havia relutado em participar. Ela voltou a trabalhar e tinha uma postura menos acusatória e crítica consigo mesma e com o seu desempenho profissional.

Consequentemente, ela começou a notar a sensação de anseio por uma maior conexão com os outros e, embora isso a tenha assutado (pois era um sentimento ainda novo e estranho), ela usou sua autocompaixão para se envolver mais, estar mais próxima e ser mais carinhosa com seu marido e seus filhos. Às vezes, Sandra ainda tinha o que ela referiu como "dias ruins", mas percebeu isso apenas como um lembrete da importância em se engajar no seu eu-compassivo, como uma maneira de entender o que havia contribuído para isso e o que seria útil para ajudar a lidar com esses dias e com todas as suas dificuldades (Gilbert & Irons, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência de crenças culturais que desvalorizam a compaixão, em uma sociedade onde impera a competição e a comparação, pode ser um obstáculo considerável na condução de uma terapia que pretende levar o cliente a adotar atitudes compassivas tanto para os outros como voltadas para si mesmo. Os clientes somente terão benefícios com a CFT se as intervenções terapêuticas forem experienciadas como verdadeiras, legítimas e encorajadoras. Talvez seja possível, em uma relação terapêutica segura, ajudar o cliente a sair de uma posição de sofrimento, vergonha, culpa e lamentações para outra posição, a de tomar para si a responsabilidade por seus pensamentos, comportamentos e sentimentos.

A CFT ainda é uma terapia muito recente e carece de estudos clínicos randomizados que comprovem a sua eficácia. Algumas publicações recentes de Paul Gilbert e colaboradores (Gilbert, & Procter, 2006; Gilbert, & Irons, 2014) atestam o potencial dessa terapia em vários âmbitos na área da saúde.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

O objetivo deste capítulo foi apresentar as principais características da Terapia Focada na Compaixão, bem como suas principais contribuições para o manejo do sofrimento humano. Por ser um conceito recente no âmbito da psicologia, acreditamos que a prática da compaixão traz contribuições significativas para o manejo de algumas emoções e para o trato de si mesmo. Esperamos que este material possa ser significativo e elucidativo para a compreensão de clínicos, estudantes e pesquisadores.

REFERÊNCIAS

Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 7*(3), 174-89.

Gilbert, P. (2009). *Introducing compassion-focused therapy.*

Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy*: Distinctive features (CBT Distinctive Features): Routledge.

Gilbert, P. (2013). Chapter seven: Compassion-focused therapy. In W. Dryden (Ed.), *Cognitive behaviour therapies*. London: SAGE Publications.

Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy – PsychSource. *British Journal of Clinical Psychology, 53*(1), 1-139.

Gilbert, P. & Irons, C. (2014). *Compassion focused therapy in the counselling context* [no prelo].

Gilbert, P. & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 13*(6), 353-79.

Matsumoto, L.S, Lotufo Z.J., & Lotufo Neto, F (2014). *Terapia focada na compaixão.* [no prelo].

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

14 Ativação comportamental

Paulo Roberto Abreu e Juliana Helena dos Santos Silvério Abreu

Os homens agem sobre o mundo modificando-o e são,
por sua vez, modificados pelas consequências de sua ação.

B. F. Skinner

No tratamento da depressão, a Ativação Comportamental (*Behavioral Activation* – BA) tem demonstrado eficácia comprovada em ensaios clínicos randomizados (Dimidjian, et al., 2006; Jacobson et al., 1996; Hopko, Lejuez, LePage, Hopko, & McNeil, 2004; Porter, Spates, & Smitham, 2004), bem como em delineamentos intersujeitos (Hopko, Armento, Hunt, Bell, & Lejuez, 2005). Uma recente metanálise de 16 pesquisas de resultado demonstrou que as intervenções utilizando a agenda de atividades como primeira atividade produziram efeito tera-pêutico significativo, comparável às condições de terapia cognitiva (Cuijpers, Van Straten, & Warmerdam, 2007). Alguns estudos demonstraram resultados superiores aos da terapia cognitiva para casos de depressão severa (Dimidjian, et al., 2006; Dobson et al., 2008).

A BA, embora venha sendo reapresentada à comunidade de pesquisadores e clínicos como uma das novas terapias comportamentais de terceira onda, desponta com uma longa história de pesquisas e aprimoramentos (Martell, Addis, & Jacobson, 2001). Atualmente, coexistem mais de um modelo de protocolo desse sistema de psicoterapia, sendo

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

os mais estudados a Terapia Comportamental para Depressão, de Lewinsohn, Biglan e Zeiss (1976), a Ativação Comportamental, de Martell e colaboradores (2001), e a Ativação Comportamental Breve no Tratamento da Depressão, de Lejuez e colaboradores (2001). Outro protocolo da BA, a exemplo de Kanter e colaboradores (2009), desponta pela relevância e contribuições dadas à área, embora ainda não tenha sido testado em ensaios clínicos randomizados.

Este capítulo pretende abordar os tipos de depressão mais comuns, conceituados dentro de um paradigma analítico-comportamental, bem como a prescrição de possíveis intervenções. Para tanto, será apresentado um protocolo integrador de BA adotado na clínica-escola do Instituto de Análise do Comportamento de Curitiba (IACC).

CONCEPÇÃO CONTEXTUAL DA DEPRESSÃO

De acordo com o modelo analítico-comportamental, as alterações de humor na depressão, em grande extensão, têm sido apontadas como sendo função de mudanças nas relações comportamentais que o indivíduo estabelece com o seu ambiente (Ferster, 1973). Assim, durante um episódio depressivo, alguns comportamentos do indivíduo diminuiriam de frequência, comparativamente com as frequências apresentadas em fases pré-mórbidas. Esses comportamentos, normalmente controlados por reforçamento positivo, são comportamentos com topografias características do repertório individual como, por exemplo, estudar, trabalhar, envolver-se em eventos sociais como *happy hours*, encontros de família e festas, atividades orientadas ao entretenimento ou mesmo ao esporte. Algumas atividades são importantes para a saúde psicológica, pois produziriam "efeito antidepressivo".

Concomitante a essa mudança, alguns comportamentos controlados por reforçamento negativo aumentariam de frequência. Esses comportamentos hoje são descritos por critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (*DSM-5*; American Psychiatric Association, 2013), em mais de um transtorno depressivo, e não somente no transtorno de-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

pressivo maior. A irritabilidade, os pensamentos recorrentes de morte ou os componentes operantes envolvidos no humor deprimido, como a falta de esperança, as ideações suicidas e os pensamentos recorrentes de inadequação pessoal, são normalmente parte do repertório do depressivo (Martell, Addis, & Jacobson, 2001). Esses comportamentos são conceituados como sendo de fuga e esquiva passiva de eventos aversivos e, por isso, têm sido o foco das análises clínicas. Para um depressivo severo, por exemplo, pode ser aversivo ter que acordar pela manhã, pois o ato de levantar-se pode colocá-lo em condições aversivas, como ter que interagir com familiares ou cumprir as demandas diárias.

ANÁLISE FUNCIONAL DOS COMPORTAMENTOS DEPRESSIVOS

A investigação das relações que o comportamento estabelece com o ambiente tem na análise ABC, também referida como análise funcional do comportamento (Skinner, 1956/1968), sua principal ferramenta para a avaliação e o manejo das contingências de reforçamento. Em uma análise ABC, são relacionados funcionalmente o evento antecedente (A), o comportamento (B) e a consequência produzida (C). Dentro dessa concepção, Lewinsohn e colaboradores (1976) analisaram funcionalmente como ocorreria a redução na *taxa de respostas contingentes ao reforçamento positivo,* processo pelo qual seria causada a depressão. Segundo os autores, poderiam ter ocorrido mudanças nas contingências vigentes na vida do indivíduo, como:

1) A interrupção da disponibilidade dos reforçadores (e. g., antecedente ou elo A): primeiramente, poderia ter ocorrido uma mudança no ambiente do indivíduo de modo que os antigos reforçadores não estariam mais disponíveis (Lewinsohn et al., 1976). Aqui, o foco pareceu recair na análise do controle de estímulos para o comportamento efetivo que produz o reforçamento, pois, por alguma mudança ambiental, não mais existiria ocasião para a sua emissão. Uma mudança de cidade da pessoa em que os antigos reforçadores não estarão mais presentes, como suporte social de amigos ou família, ou mesmo a

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

morte de um ente querido, poderiam explicar a redução na taxa de respostas contingentes ao reforçamento positivo. Isso ocorreria, em última instância, devido à perda das ocasiões para o responder efetivo.

2) A falta de repertório para produzir reforçadores (e. g., comportamento ou elo B): os reforçadores continuariam disponíveis no ambiente, porém o indivíduo não teria em seu repertório habilidades suficientes para conseguir produzi-los, ou até mesmo não as teria (Lewinsohn et al., 1976). Dentro da representação de tríplice contingência, uma atenção foi dada nesse ponto ao segundo elo: o "comportar-se". A inserção em ambientes sociais, por exemplo, pode demandar do indivíduo habilidades complexas, como assertividade, empatia ou mesmo comportamentos vulneráveis, a exemplo da autorrevelação ou do "desabafo" (Cordova & Scott, 2001). Em síntese, o déficit comportamental de algumas habilidades como as supracitadas, ou o excesso em outros comportamentos, como a agressividade dirigida ao outro, poderia dificultar a produção do reforço positivo.
3) A perda da efetividade dos reforçadores (consequência ou elo C): poderia estar ocorrendo uma perda na efetividade reforçadora dos eventos que outrora serviam como reforçadores positivos (Lewinsohn et al., 1976). Nesse ponto, a análise dos autores parece dar ênfase ao terceiro elo da tríplice contingência, quando ressalta a diminuição do efeito reforçador positivo das consequências produzidas pelos comportamentos. Essa diminuição da suscetibilidade ao reforçador pode ser observada na falta de motivação do depressivo em iniciar e dar continuidade a certas atividades. O DSM-5 traz como um critério diagnóstico para o transtorno depressivo maior a acentuada diminuição do interesse ou prazer em quase todas as atividades na maior parte do dia (*DSM-5*; American Psychiatric Association, 2013). Assim, por exemplo, um depressivo não teria mais interesse em atividades rotineiras, ou mesmo não se engajaria com a mesma frequência, como sair com a família ou os amigos. Isso ocorreria pelo fato de as consequências produzidas

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

pelo comportamento não depressivo perderem seu efeito reforçador.

A concepção clássica de depressão de Lewinsohn e colaboradores (1976), fortemente influenciada por Ferster (1973), requer ainda outra observação sobre o efeito do reforçamento positivo. O motivo do contato com reforçadores positivos não é porque resulte em experiências múltiplas de prazer, o que pode levar a se pensar em um mundo hedonista como sendo o componente antidepressivo para os sofrimentos humanos, mas sim o contato com fontes estáveis e diversas de reforçamento que, em última instância, manteria repertórios estáveis de saúde psicológica – aqui entendidos como sendo compostos por comportamentos guiados por valores de vida (Kanter, Bush, & Rusch, 2009).

A análise funcional dos comportamentos depressivos pautada na interrupção da disponibilidade do reforçador, na falta de repertório e na perda da efetividade do reforçador, impulsionou a criação de intervenções igualmente originais. A principal técnica utilizada por Lewinsohn e colaboradores (1976) para restituir as taxas de comportamento contingentes ao reforçamento positivo foi a Agenda dos Eventos Prazerosos (Lewinsohn & Graf, 1973). Nela, o indivíduo deveria escolher 160 opções de eventos prazerosos em uma lista de 320 eventos previamente elencados. As opções de atividades incluíam áreas como excursão, entretenimento, interações sociais, esportes e jogos, educação, *hobbies*, atividades domésticas, saúde, entre outras. Para medição do efeito das atividades orientadas, os clientes preenchiam ainda escalas para a medição dos sintomas. Ao fim, eram selecionadas as dez atividades que tivessem o efeito reforçador positivo mais expressivo e, portanto, exercessem efeito antidepressivo comprovado.

Essa intervenção teve algumas adaptações, como as realizadas na terapia cognitiva de Beck e colaboradores (1979), na terapia comportamental de Martell e colaboradores (2000) e na de Lejuez, Hopko e Hopko (2001). Ela vem sendo considerada como o principal componente terapêutico dos protocolos para tratamento da depressão. Na década de 1990, a psicoterapia orientada pela agenda de atividades ganhou o termo Ativação Comportamental (ou BA), dado por Jacobson e colabo-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

radores (1996), em um estudo de análise de componentes com o objetivo de isolar o efeito desse componente comportamental no protocolo de terapia cognitiva para depressão de Beck e colaboradores (1979).

Retomando:

- A BA tem apresentado evidências de resultados positivos no tratamento da depressão maior leve, moderada e mesmo severa.
- Comportamentos reforçados positivamente diminuem de frequência na depressão. Os comportamentos de fuga e esquiva, reforçados negativamente, aumentam de frequência.
- A Agenda de Atividades, ou Agenda dos Eventos Prazerosos, é o componente em comum nos protocolos de BA. Ela foi criada ainda na década de 1970 por Lewinsohn e colaboradores (1976).

INICIANDO A TERAPIA DE ATIVAÇÃO COMPORTAMENTAL

O protocolo proposto não prescreve um número fixo de sessões iniciais, ou mesmo um total necessário para um tratamento integral. Ao contrário, como deveriam ser as intervenções em análise do comportamento, aferimos isso momento a momento, de acordo com os efeitos das intervenções sobre os comportamentos do cliente. Contudo, destaca-se que esse cuidado só é possível por se tratar de um protocolo que segue sem a urgência dos prazos institucionais. Para tratamentos de aproximadamente 12 sessões, recomendamos a leitura do protocolo de Lejuez e colaboradores (2001).

Conforme prescreve Martell e colaboradores (2001), o uso de escalas para medição do grau e severidade dos sintomas depressivos é um recurso útil para o registro inicial e acompanhamento da evolução do caso. No IACC, adotamos o Inventário Beck de Depressão (BDI-II, Beck, Steer, & Brown, 1996), que consiste em um questionário com 21 grupos de informações que abarcam comportamentos como tristeza, desânimo, falta de prazer, ideações suicidas, choro, irritação, dificuldades de tomada de decisão, entre outros. A pontuação total do inventário vai de 0 a 63. Escores até 9 pontos sugerem formas subclínicas de

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

depressão; em adolescentes pode sinalizar depressão leve. Escores de 20 a 29 pontos atestam depressão moderada, e escores de 30 a 39 apontam para depressão severa. Escores iguais ou acima de 40 requerem hospitalização do cliente devido ao risco de suicídio.

Embora não seja utilizado como única ferramenta diagnóstica, o inventário permite ao terapeuta ter uma ideia dos comportamentos correntes no repertório do cliente, os quais devem ser mais bem investigados por meio de perguntas feitas durante a entrevista clínica em sessão. Utilizam-se aplicações adicionais do inventário, feitas sempre quinzenalmente, ao modelo de Lejuez e colaboradores (2001). Em nossa experiência, a forma semanal prescrita por Martell e colaboradores (2001) muitas vezes não funciona, visto que clientes brasileiros ainda têm dificuldades em aderir às tarefas de casa, especialmente as que se repetem.

Somado ao BDI-II, na primeira sessão é apresentada a racional da BA, no que se refere ao modelo etiológico de depressão e ao mecanismo de tratamento. Além da explicação em sessão, utiliza-se também um texto explicativo trazendo a racional da BA (ver Apêndice deste capítulo), retirado de Martell e colaboradores (2001).

UTILIZANDO A AGENDA DIÁRIA DE ATIVIDADES

A Agenda Diária de Atividades deve ser adotada (referida também como Agenda dos Eventos Prazerosos de Lewinsohn), se possível, semanalmente. Ela é utilizada na avaliação inicial do repertório de entrada e para comparação posterior, ponto a ponto, dos avanços do cliente ao longo das semanas. Na agenda, utilizamos escalas de domínio e prazer, conforme orienta Beck e colaboradores (1979). A escala de domínio refere-se a uma gradação que pode ir de 0 a 5 (ou de 0 a 10), representativa de grau em que o cliente conseguiu desempenhar bem uma determinada tarefa. A escala de prazer, também aferida em um *continuum* de 0 a 5, representa o grau de prazer em ter se engajado nas atividades agendadas. Em última instância, as pontuações registradas nas escalas são indicativas das consequências em curto (e. g., escala de prazer) e longo prazo (e. g., escala de domínio) produzidas pelos comportamen-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

tos envolvidos nas atividades (Kanter et al., 2009). A Tabela 14.1 apresenta um modelo de Agenda Diária de Atividades aplicada à cliente A:

Tabela 14.1 Atividades desenvolvidas pela cliente durante a fase de intervenção*

	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sáb
Manhã	Vai para o salão de beleza da mãe. Vontade de ficar em casa. P-3 D-5	Vai para o salão de beleza da mãe, interage para se distrair. P-5 D-5	"Ressaca boa da festança" de ontem no salão. P-5 D-5	Levanta de bom humor. Vai ao mercado. P-3 D-5	Levanta de bom humor. Vai ao salão. Por vezes sente tristeza. P-3 D-5	Não vai ao salão, mas se sente bem pela 1ª vez. P-3 D-3
Tarde	Tenta muito interagir com as pessoas no salão. "Briga" contra o sono. P-3 D-5	Interage no salão. Passa uma tarde agradável. Sentimento de agonia às vezes. P-5 D-5	Terapia. Afirma que está se redescobrindo. P-5 D-5	Dorme em casa. P-0 D-0	Tenta muito interagir com as pessoas no salão. "Briga" contra o sono. P-5 D-5	Assiste aos jogos da Copa. Dá uma cochilada. P-2 D-2
Noite	Irmão janta na casa da cliente. P-5 D-5	Interagindo com as pessoas no salão. Sentimento de agonia e ansiedade às vezes. P-3 D-5	Sai com a mãe para devolver uns produtos na loja. P-5 D-5	Dorme em casa. Quando acorda sente euforia e aperto no coração. P-0 D-0	Assite TV com o irmão e vai dormir na hora certa. P-5 D-5	Sai para jantar com mãe e padrasto. P-1 D-1

Legenda: P= Grau de Prazer; D= Grau de Domínio.

A utilização da agenda é interessante para a identificação dos contextos em que ocorrem as esquivas passivas, para a programação dos enfrentamentos orientados e para o enriquecimento com atividades positivamente reforçadoras, conforme prescrevem Lewinsohn e colaboradores (1976). É importante afirmar que as escalas são geralmente sensíveis aos registros de atividades e aos seus contextos antecedentes, além dos sentimentos eliciados (e. g., clientes preenchem as colunas com informações sobre o que fizeram, onde fizeram e o sentimento que tiveram). Por esse motivo, elas não esgotam as informações necessárias, necessitando de perguntas adicionais para a formulação das análises funcionais de cada comportamento-alvo, a exemplo de uma análise de consequências dos comportamentos relatados.

* Disponível em www.sinopsyseditora.com.br/fortctg.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

VALORES DE VIDA QUE ORIENTAM COMPORTAMENTOS REFORÇADOS POSITIVAMENTE

Diferentemente de Lewinsohn e colaboradores (1976) que prescrevem uma lista de 320 atividades potencialmente reforçadoras, durante a intervenção de enriquecimento de agenda, elegemos atividades relacionadas aos valores de vida do cliente. Esse cuidado com comportamentos orientados por valores foi inicialmente proposto por Hayes, Strosahl e Wilson (1999), como componente do protocolo Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT). Para os autores, valores são consequências globais de vida construídas verbalmente. Nesse sentido, dentro da concepção comportamental, são regras aprendidas na história do indivíduo, e o seu seguimento pode produzir contato com contingências de reforçamento positivo em médio e longo prazo. O cliente é convidado a listar em uma tabela os valores pessoais em que esteve envolvido, ou que gostaria de se envolver. As seguintes áreas são abordadas, de acordo com a versão adaptada de Kanter e colaboradores (2009):

- Relacionamentos familiares (e. g., Que tipo de irmão/irmã, filho/filha, pai/mãe você gostaria de ser? Quais qualidades são importantes nos relacionamentos com essas pessoas na sua família?);
- Relacionamentos sociais (e. g., O que seria um relacionamento ideal para você? Quais áreas poderiam ser melhoradas nos relacionamentos com os seus amigos?);
- Relacionamentos íntimos (e. g., Qual é o seu papel em um relacionamento íntimo? Você está atualmente envolvido em um tipo de relacionamento íntimo, ou gostaria de estar?);
- Educação/Treinamento (e. g., Você gostaria de se engajar em algum tipo de curso ou receber algum treinamento especializado? O que você gostaria de aprender melhor?);
- Emprego/Carreira (e. g., Que tipo de trabalho você gostaria de ter? Que tipo de profissional você gostaria de ser?);
- *Hobbies*/Recreação (e. g., Há algo especial que você gostaria de fazer, ou novas atividades que você gostaria de tentar?);
- Serviço voluntário/Caridade/Atividades políticas (e. g., Quais contribuições você gostaria de dar à comunidade mais ampla?);

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

- Atividades físicas/Hábitos de saúde (e. g., Você gostaria de mudar a sua dieta, sua rotina de sono ou fazer exercícios?);
- Espiritualidade (e. g., O que a espiritualidade representa para você? Você está satisfeito (a) com essa área da sua vida?);
- Questões psicológicas/Emocionais (e. g., Quais são os seus objetivos para esse tratamento? Existiriam outras questões além da depressão que você gostaria de tratar?).

A Tabela 14.2 representa o modelo adotado de Formulário de Avaliação de Valores, adaptado de Kanter e colaboradores (2009):

Tabela 14.2 Formulário de avaliação de valores*

Área	Listar valor	Grau de importância (0-10)	O quanto seus comportamentos foram consistentes com esse valor na última semana? (0-10)
Relacionamentos familiares			
Relacionamentos sociais			
Relacionamentos íntimos			
Educação/ treinamento			
Emprego/ carreira			
Hobbies/ recreação			
Serviço voluntário/ caridade/atividades políticas			
Atividades físicas/ hábitos de saúde			
Espiritualidade			
Questões psicológicas/ emocionais			

Fonte: Adaptado de Kanter e colaboradores (2009).

* Disponível em www.sinopsyseditora.com.br/fortctg.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Acessar os valores pessoais do cliente é interessante, pois as atividades de ativação por eles orientadas manterão o cliente se comportando sob o controle de consequências em médio e longo prazo, o que é incompatível com os comportamentos de esquiva passiva reforçados em curto prazo. Do mesmo modo, atividades orientadas por valores trazem um significado maior para o cliente, servindo como operação motivadora para o engajamento na ativação.

O PAPEL DO CONTROLE AVERSIVO NA DIMINUIÇÃO DAS TAXA DE RESPOSTAS CONTINGENTES AO REFORÇAMENTO POSITIVO

Segundo Ferster (1973) entender os contextos que impedem que o comportamento positivamente reforçado aconteça, tem como implicação analisar também a interferência das contingências de controle aversivo. Nessa empreitada, três tipos de controle aversivo merecem ser destacados: a punição, a apresentação não contingente de eventos aversivos e a extinção operante.

Em nosso protocolo, a análise e a intervenção em contextos de punição, de apresentação não contingente de eventos aversivos e de extinção operante seriam até mais importantes do que a ativação simples de enriquecimento de agenda com reforçadores positivos. Isso ocorre porque o contato com estímulos aversivos – e a redução dos reforçadores positivos – confere aversividade para muitas das circunstâncias de vida do cliente. No contato com as contingências de controle aversivo, o cliente acaba desenvolvendo comportamentos de esquiva passiva que são incompatíveis com os comportamentos não depressivos reforçados positivamente. Então, embora a ativação simples seja conduzida junto ao cliente, as intervenções orientadas para o enfretamento das situações aversivas devem ser priorizadas na Agenda Diária de Atividades.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

PUNIÇÃO

A punição acontece nas interações sociais devido ao seu rápido efeito supressivo sobre o comportamento que se deseja punir. O problema da punição mediada socialmente é que o agente punidor, representado por uma ou mais pessoas (e. g., uma instituição escolar), geralmente é também o detentor de reforçadores positivos relevantes para o indivíduo – dos quais, muitas vezes, este depende. Depreende-se daí a necessidade da convivência social com regularidade, a despeito das relações de punição. Relações problemáticas no casamento ou no trabalho ilustram essa característica. Uma esposa intransigente que pune é ao mesmo tempo quem ajuda no trabalho doméstico, ou que dá atenção sob algumas circunstâncias. O trabalho que tem chefes ou colegas punidores é o mesmo que garante o salário no final do mês. Como evento ou sequência de eventos determinantes do repertório depressivo passivo, a punição acontece com a apresentação mediada de um estímulo aversivo (punição positiva), ou com a retirada mediada de um reforçador (punição negativa), sempre contingente a um dado comportamento (Skinner, 1953/1968).

A punição, no entanto, tem como efeitos colaterais: (1) o eliciamento de respondentes incompatíveis; (2) o estabelecimento dos comportamentos e circunstâncias a ela associadas como fonte adicional de estimulação aversiva; e (3) a instalação de qualquer operante de fuga e esquiva (Skinner, 1953/1968). Por esses motivos, a punição produz sentimentos de disforia, característicos de quadros depressivos.

Consequências punitivas podem ocorrer em dois momentos temporais distintos durante um episódio depressivo: como evento ou sequência de eventos sociais críticos na determinação de um episódio depressivo; e/ou como mantenedora das esquivas passivas aprendidas (Abreu & Santos, 2008). Em um primeiro momento, o papel social é preponderante para o desenvolvimento do repertório depressivo. Desqualificações verbais nas relações dentro da escola, nos relacionamentos de amizade ou de amor, podem ser exemplos de eventos punitivos. A retirada do afeto, por muitas vezes pouco notada, frequentemente é outro tipo de punição com deletérios efeitos sobre a pessoa punida (Linehan, 1993).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Já em um segundo momento, após o início do episódio depressivo, por generalização, o indivíduo pode passar a esquivar não somente as pessoas punidoras, mas todas as circunstâncias a elas associadas. E mesmo outras atividades, não correlacionadas, podem se tornar aversivas (Abreu & Santos, 2008). Assim, uma dona de casa que desenvolveu comportamentos depressivos por ocasião das traições do marido pode vir a não mais conseguir se engajar nos trabalhos de casa, mesmo essas circunstâncias não sendo diretamente correlacionadas.

Em geral, a intensificação dos estados depressivos ocorre gradativamente. No segundo momento do desenvolvimento do quadro clínico, o indivíduo pode, aos poucos, começar a faltar ao trabalho, ou a evitar um grupo de pessoas que lhe são aversivas. O indivíduo aprende um repertório de fuga e esquiva dos eventos aversivos, sinalizados pela presença de estímulos pré-aversivos condicionados (e. g., circunstância em que ocorreram as punições). A esquiva tende a diminuir a intensidade, a postergar ou a evitar a produção de estímulos aversivos (Sidman, 1989). Embora não seja a causa da depressão, a esquiva acaba mantendo o indivíduo cronicamente enfermo, pois, em última instância, ela o priva do contato com reforçadores positivos. Quando, por exemplo, um devoto passa a evitar alguns membros hostis da igreja, ele acaba se privando ao mesmo tempo dos reforçadores positivos únicos providos por essa instituição.

Em circunstâncias em que é inevitável o contato com o estímulo aversivo da punição, sem possibilidade de esquiva, a exposição anterior ao estímulo pré-aversivo passa a eliciar a ansiedade, conforme pontuam Estes e Skinner (1941). A impossibilidade da esquiva poderia ocorrer, por exemplo, com clientes diagnosticados com câncer que precisam se submeter a tratamentos invasivos, pode ocorrer também na impossibilidade de um adolescente se desligar da família devido à dependência financeira. No primeiro caso, o contato com o estímulo pré-aversivo da sala de quimioterapia poderia já eliciar a ansiedade e, no segundo caso, o lar em que vigora violência parental. Circunstâncias como essas parecem justificar a alta comorbidade entre transtornos depressivos e ansiosos (*DSM–5*; American Psychiatric Association, 2013).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- A **punição** tem como consequência a aprendizagem de esquivas que interferem nos repertórios mantidos por reforçamento positivo.
- A **punição positiva** pode ocorrer com a apresentação de um evento aversivo contingente a um dado comportamento, como em uma situação em que um chefe adverte seu empregado.
- A **punição negativa** ocorre com a suspensão de um reforçador contingente a um dado comportamento, como em uma situação em que um pai suspende a atenção dada aos comportamentos do filho.
- É muito comum existir ansiedade durante o curso do quadro depressivo. Isso ocorre em circunstâncias em que o cliente não consegue esquivar efetivamente da punição social imposta por outra pessoa.

INTERVENÇÕES PROPOSTAS

A esquiva passiva é reforçada por diminuir a intensidade, postergar ou evitar a produção dos estímulos aversivos. Embora em curto prazo ela produza também a diminuição dos sentimentos de disforia associados ao evento aversivo, em médio e longo prazo a esquiva não seria efetiva, pois não eliminaria definitivamente a fonte aversiva. Essa relação comportamento-consequência deve ficar clara para o cliente.

O uso e o ensino da análise funcional podem ser interessantes nesse ponto por possibilitarem ao cliente ter consciência das consequências produzidas em curto, médio e longo prazo. Martell e colaboradores (2001) sugerem o ensino de uma análise funcional modificada, com base em reações respondentes, baseadas no uso dos acrônimos TRAP (do inglês, *Trigger, Response, Avoidance-Pattern,* relacionado ao comportamento de esquiva passiva) e TRAC (do inglês, *Trigger, Response, Alternative-Coping,* relacionado aos padrões de enfrentamento alternativos). Pensando nas diferenças impostas pela língua portuguesa, temos utilizado em nosso protocolo os acrônimos adaptados GEE1 (Gatilho, Emoção negativa e Esquiva) e GEE2 (Gatilho, Emoção negativa e Enfrentamento), em que o GEE1 representaria a esquiva passiva, e o GEE2, a esquiva ativa. A Tabela 14.3 ilustra o uso adaptado para o idioma português, conforme o protocolo apresentado:

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Tabela 14.3 Acrônimos TRAP e TRAC adaptados para o idioma português.

GEE 1 (TRAP)	**GEE 2** (TRAC)
Gatilho (S^D e CS)	**G**atilho (S^D e CS)
Emoção negativa (Comportamento Respondente)	**E**moção negativa (Comportamento Respondente)
Esquiva (Comportamento de esquiva "passiva")	**E**nfrentamento (Comportamento de esquiva "ativa")

Legenda: S^D= estímulo discriminativo; CS= estímulo condicional.

Dentro de uma concepção funcional, GEE1 e GEE2 envolvem comportamentos negativamente reforçados. As designações *ativa* e *passiva* se referem aos dois tipos de esquiva. Conforme já exposto, a esquiva passiva diminuiria a intensidade, postergaria ou evitaria temporariamente o contato com a fonte de estimulação aversiva. Já a esquiva ativa modificaria de forma relevante o ambiente, social ou não, muitas vezes eliminando permanentemente a fonte aversiva. Considere como exemplo de esquiva passiva um depressivo que passa a maior parte do tempo envolvido com ruminações e que, por isso, não precisa agir sobre a fonte de seus problemas. Na esquiva ativa, esse mesmo indivíduo poderia alternativamente tentar agir sobre a fonte dos problemas, seja sendo assertivo com seu chefe, seja negociando a visita semanal dos filhos com sua ex-esposa.

Na representação proposta, o elemento G (gatilho) possui função de estímulo discriminativo (S^D) para o comportamento de esquiva passiva ou ativa, além de função de estímulo condicional para a resposta respondente relacionado ao sentimento de disforia. A análise funcional com base em respondentes é útil, pois o sentimento de disforia produzido é de fácil identificação para os clientes, servindo como "termômetro" para a mudança de comportamento.

Retomando:

- A esquiva passiva é reforçada por diminuir a intensidade, postergar ou evitar a produção dos estímulos aversivos.
- O ensino da análise funcional através do GEEs permite ao cliente identificar em que circunstâncias ele apresenta as esquivas passivas, auxiliando-o a tentar um comportamento alternativo (chamado de esquiva ativa ou comportamento de enfrentamento).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

AVALIAÇÃO E TREINAMENTO DE HABILIDADES

Juntamente com a agenda dos eventos, sugere-se abordar a falta de habilidades para o enfretamento ativo, caso necessário. As habilidades podem ser sociais, como as acadêmicas ou profissionais, ou não sociais. Adotamos algumas questões úteis para a avaliação do repertório de habilidades do cliente, sugeridas por Kanter e colaboradores (2009). São elas:

- Você já fez esse tipo de coisa com sucesso antes, ou o que é realmente novo para você?
- Você tem alguma ideia do que precisa para começar?
- Que tipos de coisas você planeja para dar conta dessa atividade?
- Você já começou a se engajar na resolução do problema e de repente emperrou? Se sim, em que ponto?

Essas perguntas podem ser interessantes para identificar a falta de habilidade acadêmica em um cliente desempregado que deseja dar um *upgrade* em sua carreira. Ou para um cliente igualmente desempregado que deseja aprender como administrar melhor as finanças da casa.

Em caso de habilidades sociais, para além do treinamento simples de habilidades (Lewinsohn et al., 1976), temos integrado a Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP – ver Capítulo 11 deste livro) para a modelagem *in-vivo* das novas habilidades.

A FAP é um sistema de psicoterapia orientado para a modelagem de repertórios sociais do cliente. Ela enfatiza o ambiente terapêutico como sendo fundamental, pois nele o terapeuta pode reforçar diferencialmente os pequenos avanços rumo aos comportamentos finais de melhora (Kohlenberg & Tsai, 1991). A FAP enfatiza três classes de resposta como sendo de interesse no tratamento de clientes com dificuldades de relacionamento. Os Comportamentos Clinicamente Relevantes 1, ou CRB1s, são os comportamentos-problema, normalmente esquivas, que ocorrem na sessão. Os Comportamentos Clinicamente Relevantes 2, ou CRB2s, são os progressos do cliente que ocorrem também na sessão. E os Comportamentos Clinicamente Relevantes 3, ou CRB3s, são as interpretações do comportamento segundo o cliente (Kohlenberg & Tsai, 1991).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Na depressão, a FAP pode ser bastante útil quando o cliente tem algum déficit ou excesso comportamental social que interfere na ativação (Kanter et al., 2009). Esse cuidado com o trabalho direto com as contingências sociais naturais certamente é bem-vindo, visto que relatar os comportamentos em terapia nunca é o mesmo que comportar-se em contexto (Kohlenberg & Tsai, 1991). Um cliente com comportamentos inassertivos (CRB1), por exemplo, que mesmo com a sua limitada assertividade consegue pedir um abatimento no valor da sessão (CRB2), pode ter seu comportamento reforçado contingentemente pelo terapeuta. Um cliente com comportamento depressivo passivo que sempre deixa o terapeuta escolher os assuntos do dia (CRB1) pode ser reforçado pelo terapeuta por escolher um assunto de sua preferência (CRB2). Um depressivo que começa a apresentar comportamentos abertos de ruminar (CRB1) pode ser interrompido pelo terapeuta que lhe ajuda a analisar a inadequação desse comportamento para o andamento da sessão (CRB3).

Com relação ao tradicional treinamento de habilidades sociais (Lewinsohn et al., 1976), a FAP traz algumas vantagens. A primeira, já citada, é a possibilidade de o terapeuta reforçar os pequenos avanços. Em ambientes extraconsultório, os pares do cliente usualmente reforçam apenas os desempenhos finais habilidosos. Outra vantagem relevante é a possibilidade da modelagem em uma interação natural. Essa característica pode aumentar a chance de generalização das novas habilidades para outros relacionamentos. A probabilidade de generalização maior ocorre também devido ao seguimento pelo cliente das interpretações funcionalmente-orientadas segundo o próprio cliente, ou CRB3. Considere o seguinte caso clínico, adaptado de Abreu, Hübner e Lucchese (2012):

> *Cliente:* "Percebi que sempre que tocamos em assuntos difíceis para mim, como meu casamento, acabo faltando na próxima sessão ou me enrolando para chegar atrasado. Sinto raiva" (CRB3).
> *Terapeuta:* "Também notei isso e, de certa forma, suas faltas acabam fazendo eu me sentir distante de você, como se minha opinião fosse desnecessária. Mas parece que não é só em mim que você vem despertando isso".
> *Cliente:* "Quando minha esposa tenta 'discutir a relação', acabo interrompendo bruscamente suas tentativas e logo saio de casa. Ela já disse que está se cansando disso" (CRB3) (p. 155).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

O formato FAP permitiria ao terapeuta modelar CRB3s mais consistentes com a interação que acabou de ocorrer em sessão, correlacionando-os com as interações extrassessão, uma vez que ao terapeuta é dada a possibilidade de reforçar o seguimento do CRB3 modelado ao longo da terapia (Abreu, Hübner, & Lucchese, 2012).

Retomando:

- O déficit de habilidades diz respeito às habilidades sociais ou não sociais.
- O uso integrado da FAP pode ser mais vantajoso do que o treinamento de habilidades clássico, pois na FAP o terapeuta tem a oportunidade de modelar diretamente os comportamentos interacionais do cliente na própria relação terapêutica.

INTERVENÇÕES PROPOSTAS SOBRE A ESQUIVA PASSIVA EXPERIENCIAL

Muitas vezes, integramos a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT – ver Capítulos 6-10 deste livro) ao nosso protocolo. Semelhanças fundamentais entre as terapias ocorrem por ambas serem embasadas na filosofia do funcionalismo contextual e na ciência da análise do comportamento (Bush, Manos, Rush, Bowe, & Kanter, 2010).

Segundo a concepção da ACT, muitas classificações psicopatológicas incluem a esquiva das experiências privadas negativas, ainda que as características relevantes variem de síndrome para síndrome. A forma da esquiva pode variar. Assim, uma pessoa que bebe para suprimir a ansiedade pode ser alcoolista, e uma pessoa que foge pelas mesmas razões pode ser agorafóbica. Segundo Hayes e colaboradores (1996), portanto, a esquiva experiencial pode ser um fator funcionalmente importante na etiologia e manutenção de vários padrões psicopatológicos.

Para Hayes e colaboradores (1996), a esquiva experiencial é em grande extensão controlada por regras aprendidas na cultura. As regras sociais, como "*se* sentimento ou pensamento ruim, *então* vida ruim", ou "*se* sentimento ou pensamento positivo, *então* vida boa", relacionam arbitrariamente estímulos verbais. *A priori*, pensamentos e sentimentos

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ruins não teriam qualquer correlação com uma vida ruim, pois a presença de pensamentos negativos não é um indicativo incontestável de uma vida ruim. Contudo, sob pistas verbais contextuais, humanos habilidosos podem apresentar essa relação arbitrária. Então, sob um contexto verbal antecedente, como a sentença "sentido da vida", os estímulos verbais podem ser relacionados na regra "*se* sentimento ou pensamento ruim, *então* vida ruim"; e em "*se* sentimento ou pensamento positivo, *então* vida boa". As funções de um estímulo verbal aprendido na experiência (e. g., sentimento ou pensamento positivo) poderiam alterar a função de estímulo do outro estímulo verbal não aprendido diretamente, mas relacionado ao primeiro (e. g., vida ruim). O indivíduo pode então vir a responder sob o controle de um estímulo verbal como se fosse outro, no caso, responder à "vida ruim" como se fosse o "sentimento ou pensamento ruim".

Não somente funções operantes podem ser transferidas ou alteradas, mas também as funções respondentes. Assim, as mesmas emoções de disforia eliciadas pelo "sentimento ou pensamento ruim" poderiam passar a ser eliciadas pelo estímulo verbal "vida ruim". O indivíduo passaria, portanto, a responder a um estímulo com relação a outro. Esse comportamento relacional foi chamado por Hayes e colaboradores (1996) de *responder relacional derivado*, e é originado por um histórico de reforçamentos, ou seja, pela exposição prévia a múltiplos exemplares arbitrariamente relacionados por contingências dispostas socialmente.

Na ACT, para haver a mudança comportamental, ou seja, para que o cliente depressivo passe a se comportar alternativamente – não mais emitindo comportamentos de esquiva passiva experiencial –, é necessário antes acontecer a quebra do contexto de literalidade do controle pela regra. A ACT favorece a perda das classes do responder relacional derivado e, assim, ajudaria o estímulo direto a competir com o estímulo derivado. Ou seja, no exemplo citado, a "vida ruim" perderia as propriedades funcionais relacionadas ao "sentimento ou pensamento ruim". Com isso, seriam abertas possibilidades de o cliente emitir comportamentos de enfrentamento, a despeito dos pensamentos e dos sentimentos negativos evocados durante o enfretamento dos problemas

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

(Hayes et al., 1996). Em última instância, o depressivo estaria aprendendo que os sentimentos e os pensamentos ruins seriam um produto natural de se resolver problemas, e não um indicativo de uma vida miserável. Com isso, o cliente desistiria da esquiva passiva controlada pela regra, entrando em contato com as contingências, muitas delas de reforçamento positivo.

O terapeuta BA, alternativamente, trabalha com o cliente para que este se comporte de acordo com os objetivos para a mudança comportamental, a despeito de como o cliente se sente (Martell et al., 2001). A ACT difere da BA no ponto em que prescreve a necessidade da quebra do contexto da literalidade das regras, ou seja, da quebra das relações estabelecidas arbitrariamente. Esse processo seria um elo intermediário necessário antes de engajar o cliente na mudança comportamental. Já a BA assume que os clientes podem mudar diretamente, através do engajamento em atividades orientadas (Martell et al., 2001).

Contudo, alguns clientes não desistem da esquiva experiencial, dando razões para a sua depressão (*reason giving*), tentando formular *insights* sobre as suas causas (Martell et al., 2001). Muito dessas explicações dadas pelo cliente constituem regras que controlam as esquivas experienciais. Nesse sentido, um cliente que não se engaja nos enfrentamentos pode justificar que não consegue fazê-lo por causa de sua "personalidade", de sua "depressão", ou ainda pelo fato de a depressão ser um "problema genético". Para esses quadros, utilizamos a integração da BA com a ACT no sentido de promover a quebra do contexto da literalidade, diminuindo o controle pela regra e, assim, conseguindo a adesão às atividades de ativação.

Retomando:

A integração da ACT é bem-vinda quando o cliente depressivo apresenta:

- Alta frequência de esquiva passiva experiencial de pensamentos, lembranças e emoções negativas.
- Racionalizações causais inadequadas para essas mesmas esquivas.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INTERVENÇÕES PROPOSTAS SOBRE O COMPORTAMENTO DEPRESSIVO MANTIDO POR REFORÇAMENTO APRESENTADO PELA FAMÍLIA

É comum, durante o curso da depressão, haver uma transposição entre os controles dos comportamentos de esquiva passiva. Sob algumas circunstâncias, os comportamentos depressivos, como os de passividade e evitação generalizada de demandas externas, podem passar ao controle de consequências apresentadas pela família. Essa característica tem sido tradicionalmente conceituada na psicologia como *ganho secundário do sintoma* (Kanter et al., 2009). Assim, uma família pode dar mais atenção ao depressivo, ou mesmo dispensá-lo das tarefas domésticas cotidianas, como a execução da faxina ou as compras no supermercado.

Uma intervenção que geralmente empregamos nesses casos é o manejo de contingências, segundo Kanter e colaboradores (2009). Junto à família, damos orientações de como lidar com o cliente, ou seja, como reforçar diferencialmente os pequenos avanços, e não reforçar o comportamento depressivo dando atenção ou dispensando o cliente de demandas da casa.

Retomando:

- Na BA a intervenção junto aos familiares é chamada de manejo de contingências.
- O manejo de contingências é utilizado sobretudo quando os familiares reforçam os comportamentos depressivos do cliente, interferindo no curso da melhora.

APRESENTAÇÃO NÃO CONTINGENTE DE EVENTOS AVERSIVOS

Historicamente, a análise do comportamento se preocupou em estudar o efeito da apresentação de estimulação aversiva contingente a uma dada resposta, ou o efeito da retirada de algum reforçador também contingente (Sidman, 1989). Contudo, a apresentação não contingente

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

de estimulação aversiva teria algum efeito em uma aprendizagem posterior (Hunziker, 2003)?

Pensando em responder a pergunta, Maier e Seligman (1976) desenvolveram um experimento empregando três grupos de cachorros. Dois dos três grupos seriam primeiramente expostos a uma condição de tratamento em que receberiam choques como estímulos aversivos. Nessa condição de tratamento, o primeiro grupo de cachorros foi submetido a uma situação de choques incontroláveis, o segundo, de choques controláveis, e o terceiro, pertencente ao grupo-controle, não foi submetido aos choques. Quando algum cachorro do grupo controlável suspendia o seu choque pressionando um painel com o focinho, ele também suspendia o choque do cachorro do grupo da condição de choque incontrolável.

Vinte e quatro horas depois da exposição à condição de tratamento, os três grupos eram então expostos a uma condição de teste para uma resposta de fuga de choques. Os resultados mostraram que os cachorros do grupo submetido à situação do choque controlável, bem como os cachorros do grupo-controle, aprenderam a resposta de fuga na condição de teste (Maier & Seligman, 1976). Os cachorros do grupo de choque incontrolável não aprenderam a resposta de fuga. O efeito da não aprendizagem das respostas de fuga, devido ao histórico de incontrolabilidade de estímulos aversivos, foi chamado de *desamparo aprendido.*

O desamparo aprendido tem sido referenciado como um bom modelo animal de depressão, visto que explicaria a etiologia, a sintomatologia, as alterações biológicas subjacentes e os tratamentos efetivos (Hunziker, 2003). Atualmente, a maioria dos laboratórios utiliza ratos no desenvolvimento do modelo. Hoje, já se sabe que, na etiologia, semelhantemente com o que ocorre com humanos diagnosticados, uma história de impossibilidade de controle sobre eventos aversivos pode levar a episódios depressivos (Willner, 1984). Na sintomatologia, a passividade, a baixa frequência de respostas e a baixa sensibilidade ao reforço são representativas de comportamentos listados nos critérios diagnósticos (Hunziker, 2003). As alterações neuroquímicas verificadas na depressão em humanos, como as variações de noradrenalina, dopamina

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

e serotonina, bem como as variações do sistema imunológico também ocorrem no organismo dos animais (Hunziker, 2003). Por último, observa-se a resposta aos tratamentos por drogas antidepressivas e reforço positivo (Hunziker, 2005).

Para discussão das similaridades nas contingências envolvidas no desamparo aprendido e na depressão em humanos, cumpre dividir didaticamente o procedimento experimental em dois momentos (Abreu & Santos, 2008): primeiramente, na condição do tratamento com choques incontroláveis e, secundariamente, na condição caracterizada pela fase de teste.

Na primeira situação, o clínico poderia receber em seu consultório um cliente que está correntemente exposto à estimulação aversiva incontrolável. Isso ocorreria em situações de violência doméstica, por exemplo, seja entre marido e mulher, seja entre pais e filhos. A impossibilidade de fuga e esquiva do agredido é preponderante. Nessa situação, o indivíduo não teria oportunidade disponível para o responder efetivo, repertório habilidoso (e. g., de fuga e/ou esquiva efetiva) ou mesmo consequência reforçadora.

Na segunda condição, outro cliente poderia já ter passado por esse histórico de experiências traumáticas, mas correntemente não mais vivenciar ambientes de incontrolabilidade. Se nenhuma nova aprendizagem incompatível com o comportamento passivo tiver ocorrido entre a experiência com a incontrolabilidade e o momento atual de vida, será provável que o cliente ainda esteja sob o efeito do desamparo (Hunziker, 2003). Nessa condição, o indivíduo normalmente apresentaria passividade evidente e autorregras muito restritas relacionadas à impossibilidade de controle (Rehm, 1977).

Caso o cliente já tenha passado pela incontrolabilidade e esteja experienciando em sua vida uma fase semelhante à fase de teste, é possível que não tenha consciência das consequências produzidas por seus comportamentos. Por esse motivo, é possível que ele se engaje pouco nas atividades de ativação prescritas por regras (ou autorregras), como a Agenda Diária de Atividades. E por não se comportar, a pessoa não produz ou não é sensibilizada pelos reforçadores presentes no ambiente, tampouco cria ocasiões para o responder efetivo.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- Existem situações que constituem contingências extremadas, em que nada do que o cliente faz suspenderá o evento aversivo. O clínico tem que estar atento a isso.
- A apresentação de estimulação aversiva não contingente a qualquer comportamento pode ser contexto para o desenvolvimento do repertório depressivo.
- Indivíduos que foram expostos a ambientes aversivos incontroláveis no passado geralmente apresentam autorregras bastante rígidas a respeito do mundo.

INTERVENÇÕES PROPOSTAS

A condição de incontrolabilidade que caracterizaria a fase de tratamento, por definição, é caracterizada pela própria incontrolabilidade. Qualquer acréscimo de possibilidade de controle já descaracterizaria a necessidade de se adotar o desamparo aprendido como forma de entendimento do fenômeno em humanos. Determinada condição vem alertar o clínico para o fato de que, sob alguns ambientes, a única intervenção possível talvez seja a retirada imediata do cliente do ambiente aversivo. Mesmo intervenções farmacológicas seriam de pouca serventia, pois a despeito do antidepressivo diminuir momentaneamente a suscetibilidade aos estímulos aversivos (Harmer, 2008), ainda assim o indivíduo precisaria aprender um repertório efetivo de fuga e/ou esquiva para ser reforçado (Abreu & Santos, 2008). Esse tipo de trabalho geralmente requer esforços interdisciplinares em que não somente psicólogos e psiquiatras, mas assistentes sociais e instituições jurídicas serão imprescindíveis para a restituição de um ambiente protegido.

Já como intervenção nas circunstâncias relacionadas à fase de teste, pode-se utilizar o treinamento padrão de habilidades sociais de Lewinsohn e colaboradores (1976). Contudo, recomendamos mais uma vez o uso da FAP. A modelagem *in locus* muitas vezes começa nas habilidades mais básicas, como em clientes "letárgicos" que tem que ser modelados a falar para que consigam desenvolver um repertório mínimo para o acompanhamento da entrevista clínica.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Os problemas de déficit na formulação e no seguimento de regras devem ser abordados em um segundo momento. Muito dos aprendizados iniciais com humanos começa sob o controle de regras. Contudo, em depressivos, em geral, iniciativas verbalmente governadas acontecem em baixa frequência, como abordar uma pessoa e começar uma conversa, preencher a agenda de atividades ou até mesmo apresentar comportamentos de argumentar junto à outra pessoa em defesa de um ponto de vista. Nessas circunstâncias, o indivíduo pode se isolar e começar a ruminar, vivenciando sentimentos de tristeza. Para esses casos, o ensino e a aprendizagem da análise funcional do comportamento podem ser bastante úteis, semelhantemente ao que foi proposto na punição com o ensino de GEE1 e GEE2. A aprendizagem da análise funcional pode levar o cliente a ter consciência dos seus pequenos avanços, no sentido de levá-lo a perceber que suas ações podem sim produzir reforçadores positivos, não o deixando "refém da situação".

Retomando:

Podem-se derivar duas possíveis análises a partir do modelo experimental do desamparo aprendido:

- Quando o cliente está em um ambiente com estimulação aversiva não controlável, é interessante planejar, dentro das possibilidades, a sua retirada do ambiente. Para isso, é fundamental o trabalho interdisciplinar entre psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e operadores jurídicos.
- Contudo, quando a experiência com a incontrolabilidade ocorreu no passado, o cliente precisará aprender que o seu comportamento presente pode sim controlar o seu novo ambiente, produzindo consequências reforçadoras. Por vezes, é necessário promover o desenvolvimento de repertório. O ensino da análise funcional por meio dos acrônimos GEE1 e GEE2 pode também ser útil.

EXTINÇÃO OPERANTE

A extinção operante ocorre quando uma relação funcional histórica entre comportamento e consequência é quebrada pela suspensão dessa consequência reforçadora. A extinção é definida como uma operação

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

de controle aversivo que interfere nos comportamentos positivamente reforçados, devido aos fatos de que ela: (1) elicia respostas emocionais intensas e (2) confere função aversiva para as circunstâncias relacionadas à suspensão do reforçador (Skinner, 1953/1968).

A finalização de um curso de graduação, a aposentadoria, a partida dos filhos de casa, ou o fim de um relacionamento ilustram circunstâncias em que a fonte do reforçamento positivo não estará mais disponível, não reforçando, portanto, a emissão dos antigos comportamentos. A extinção pode gerar sofrimento intenso, geralmente eliciado pelas circunstâncias relacionadas às perdas. Por esse motivo, o depressivo pode passar a esquivar determinadas circunstâncias, como um ex-namorado que passa a não ir mais ao cinema, atividade com a qual se envolvia frequentemente junto à antiga parceira. Ou, no intuito de descobrir um novo amor, uma viúva pode se sentir mal ao entrar em contato com outros homens.

A probabilidade de o indivíduo desenvolver um episódio depressivo, em casos em que vigora a extinção, cresce se a escassez de reforçadores alternativos for observada, ou a baixa taxa na sua produção. Considere uma dona de casa que tinha a maior parte do seu repertório orientado para a criação dos filhos e que, na ausência destes, fica desamparada. Em outro caso, um homem recém-aposentado, sem hábitos alternativos como *hobbies*, atividades religiosas ou contato com amigos. Seria como se esses indivíduos não emitissem comportamentos alternativos que produzem reforçadores positivos. A partir dessa constatação, justifica-se o contato com fontes estáveis e diversas de reforçamento (Kanter et al., 2009), mesmo no sentido de prevenir a depressão.

Retomando:

- Situações de perdas permanentes podem constituir extinção de comportamentos anteriormente orientados a produzir o reforço positivo. Isso ocorreria frente à morte de um ente querido, à partida de um familiar de casa ou a uma mudança de cidade ou de residência.
- A depressão pode ocorrer quando a maioria dos reforçadores positivos disponíveis no ambiente da pessoa é diretamente associada aos entes queridos com quem o cliente perdeu o contato.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INTERVENÇÕES PROPOSTAS

Uma característica única da depressão determinada pela extinção operante é a não existência de agentes sociais punidores relevantes no ambiente da pessoa. A título de comparação, em ambientes onde existe mediação social da punição, ou onde vigora apresentação de estimulação aversiva não contingente, os comportamentos sociais de enfretamento são mais complexos. Por se tratar de um fenômeno que envolve outra(s) pessoa(s), os enfrentamentos se configuram como verdadeiras iniciativas de contracontrole. Muito do jogo social é o resultado do contracontrole que os pares exercerão sobre as tentativas de contracontrole do cliente. Daí uma possível justificativa para a cronificação de alguns quadros de depressão. Já na operação de extinção operante, nenhum comportamento de contracontrole deverá ser aprendido pelo cliente. Nesse sentido, o enfrentamento que visa à restituição de fontes alternativas de reforçamento pode ser, até certo ponto, de fácil manejo. Talvez essas situações possam explicar a duração limitada de um episódio depressivo maior que, mesmo sem tratamento, tem remissão espontânea em até nove ou doze meses (*DSM–IV–TR*; American Psychiatric Association, 2000).

Conforme prescrevem Abreu e Santos (2008), recomendamos a exposição aos estímulos eliciadores condicionados, ou mesmo a exposição a contextos verbais, como falar sobre a perda. Nesse sentido, levar o cliente a recordar e a aceitar eventos traumáticos, bem como a reduzir a estigmatização e a autorrecriminação é conduta indispensável no manejo dos comportamentos de luto. Esse procedimento pode levar a habituação de muitos sentimentos negativos associados. Concomitantemente a isso, faz-se necessário o enriquecimento de atividades reforçadoras orientadas pelo Formulário de Avaliação de Valores, pois o cliente geralmente precisa reassegurar suas condutas orientadas por valores.

É interessante que o cliente também aprenda os acrônimos GEE1 e GEE2 para que possa analisar funcionalmente o seu comportamento. Esse procedimento tem o objetivo de facilitar a identificação e a mudança dos padrões de esquiva passiva.

Por fim, o treinamento de novas habilidades, caso necessário, deve ser efetuado. Assim, clientes com depressão determinada pelo término

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

de um relacionamento de longa duração podem requerer treinamento de habilidades como, por exemplo, a de iniciar e manter uma conversa com possíveis pretendentes. Lembrando também que a FAP pode ser adequada para o uso no ensino de habilidades sociais.

Retomando:

- Recomenda-se a exposição aos estímulos eliciadores condicionados, ou mesmo a exposição a contextos verbais, como falar sobre a perda.
- Visto que em contextos de extinção o cliente precisará entrar em contato com reforçadores alternativos, o treinamento de habilidades sociais e não sociais, caso necessário, deve ser efetuado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo apresentou um protocolo brasileiro de ativação comportamental embasado em uma concepção contextual da depressão. Nele, alguns tipos de depressão foram apresentados, como os decorrentes dos contextos onde vigora a punição, a apresentação de estimulação aversiva não contingente e a extinção operante. Dividiu-se arbitrariamente nessas três possibilidades para fins de análise, mas vale atentar para o fato de que essas operações podem coocorrer no ambiente do depressivo, sugerindo criatividade ao clínico na adaptação das estratégias de tratamento. Foram discutidas algumas possibilidades de intervenção, sobretudo com interfaces de integração com outras abordagens de terceira onda, como a FAP e a ACT. Espera-se que esse protocolo possa se constituir em uma ferramenta terapêutica útil aos terapeutas comportamentais e cognitivos que trabalham com a depressão.

REFERÊNCIAS

Abreu, P. R. , Hübner, M. M. C., & Lucchese, F. (2012). The role of shaping the client's interpretations in functional analytic psychotherapy. *The Analysis of Verbal Behavior, 28*, 151-7

Abreu, P. R. & Santos, C. (2008). Behavioral models of depression: A critique of the emphasis on positive reinforcement. International *Journal of Behavioral and Consultation Therapy, 4*, 130-45.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author

Beck, A. T., Rush. A. J., Shaw, B. F., & Emory, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation

Bush, A. M., Manos, R. C. Rush, L. C., Bowe, W. M., & Kanter, J. W. (2010). FAP and behavioral activation. In: J. W. Kanter, M. Tsai, & R. J. Kohlenberg (Eds), *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp. 65-82). New York: Springer

Cordova, J. V. & Scott, R. L. (2001) Intimacy: A behavioral interpretation. *The Behavior Analyst, 24*, 75-86.

Cuijpers,P., Van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-26.

Cullen, J. M., Spates, C. R., Pagoto, S., & Doran, N. (2006). Behavioral activation treatment for major depressive disorder: a pilot investigation. *The Behavior Analyst Today, 7*, 151-65.

Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658-70.

Dobson, k. S. et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 468-77.

Estes, W. K., & Skinner, B. F. (1941). Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology, 29*, 390-340.

Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist, 28*, 857-70.

Hayes, S. C.; Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1998). *Acceptance and commitment therapy*: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford.

Harmer, C. J. (2008). Serotonin and emotional processing: Does it help explain antidepressant drug action? *Neuropharmacology 55*, 1023-8.

Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Lepage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D.W. (2004). A brief behavioral activation treatment for depression. *Behavior Modification 27*, 458-69.

Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., Bell, J. L., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 236-243.

Hunziker, M. H. L. (2003). *Desamparo aprendido*. Tese, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo-SP.

Jacobson, N. S., Dobson, K., Truax, P. A., Addis, M. E.; Koerner, K., Gollan, J. K. et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295-304.

Kanter, J., Busch, A. M., & Rusch, L. (2009). *Behavior activation*: Distinctive features. London: Routledge.

Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*: Creating intense and curative therapeutic relationships. New York: Plenum Press.

Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: treatment manual. *Behavior Modification, 25*, 255-86.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Lewinsohn, P. M., Biglan, A., & Zeiss, A. S. (1976). Behavioral treatment of depression. In P. O. Davidson (Ed.), *The behavioral management of anxiety, depression and pain*, (pp. 91-146). New York: Brunner/Mazel.

Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 261-8.

Maier, S. F. & Seligman, M. E. P. (1976). *Learned helplessness: theory and evidence. Journal of Experimental Psychology: General, 105*, 03-46.

Martell, C. R.; Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context*: Strategies for guided action. New York: W. W. Norton.

Porter, J. F., Spates, C. R., & Smitham, S. (2004). Behavioral activation group therapy in public mental health settings: A pilot investigation. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*, 297-301.

Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy, 8*, 787-804.

Sidman, M. (1989). *Coercion and its fallout*. Boston: Authors Cooperative

Skinner, B. F. (1968). *Science and human behavior*. New York/London: Free Press/Collier Macmillan. (Original work published 1953)

Spates, C. R., Pagoto, S., & Kalata, A. (2006). A qualitative and quantitative review of behavioral activation treatment of major depressive disorder. *The Behavior Analyst Today, 7*, 508-18.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Apêndice*

Terapia de ativação para a depressão

COMEÇANDO A TERAPIA DE ATIVAÇÃO PARA A DEPRESSÃO

Depressão é um problema que pode ser um círculo vicioso para muitas pessoas. Você pode estar experienciando a depressão pela primeira vez ou há muitos anos. A depressão pode ser sentida como se você tivesse uma doença. Os sintomas da depressão são: sentir-se "lento" mentalmente e fisicamente, ficar cansado com facilidade, ter sentimentos de culpa e de autorreprovação, tristeza. À medida que se sente depressivo, você faz menos e menos e culpa a si mesmo por estar agindo dessa maneira. Como se torna mais difícil fazer as coisas, você se torna mais e mais depressivo.

Ainda que a depressão tenha sido chamada de a "gripe" dos problemas psicológicos, é importante frisar que sua depressão não é o resultado de algum defeito pessoal ou de um processo de doença mental. A depressão é frequentemente um sinal de que alguma coisa deve ser mudada em sua vida. A maioria das pessoas consegue reconhecer alguns incidentes, ou uma série de incidentes, que foram o gatilho para o surgimento de sua depressão. Alguns incidentes são relacionados à perda de um amor próximo, à perda de um sonho, a poucas conquistas, a dificuldades diárias que parecem irremediáveis e a dificuldades de relacionamento. Quando as pessoas ficam depressivas, ao invés de mudar as situações que poderiam levá-las a se sentir melhor, tentam "sumir" e evitar o mundo. Gradualmente, a depressão se torna pior e não somente os problemas situacionais, mas a própria depressão

* Traduzido e adaptado de Martell e colaboradores (2001) pelos autores deste capítulo.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

em si passa a se tornar um problema. É nesse ponto que muitas pessoas entram em terapia.

ENFRENTANDO O PROBLEMA

Diferentes tratamentos para a depressão vêm sendo desenvolvidos. Um tratamento efetivo é chamado de Ativação Comportamental. Com seu terapeuta, você vai trabalhar para quebrar o ciclo da depressão através do engajamento em atividades que melhorarão sua produtividade e o seu humor. Contudo, você não vai se engajar em qualquer atividade. Seu terapeuta irá ajudá-lo a identificar e a perseguir as circunstâncias que têm relação com a sua depressão: ações em sua vida que você parou de ter desde que se tornou depressivo, mas que gostaria de se envolver novamente, ações que você realizou para evitar o mundo e os outros ao seu redor, as principais situações que você gostaria de mudar com o objetivo de viver uma vida mais produtiva. Seu terapeuta, em comum acordo, trabalhará guiando suas atividades em direção a objetivos específicos que irão ajudá-lo a enfrentar sua depressão e a viver uma vida mais satisfatória. Não é possível mudar as situações em sua vida que lhe levaram à depressão sem primeiramente interromper o processo de evitação e inatividade em que você caiu desde que começou a se sentir depressivo. Você pode quebrar o ciclo da depressão por meio da atividade guiada.

Atividade é mais do que "apenas faça isso", de acordo com o senso comum. Quando as pessoas se sentem deprimidas, fazer as coisas que manteriam a vida correndo bem soa como algo difícil, se não impossível. Por isso, é bom ter um "treinador" ou um "guia" na pessoa do seu terapeuta. As atividades que são significativas para você e para a sua vida são o mais importante. Por exemplo, uma pessoa pode gostar de viver em um ambiente limpo, mas se sente muito deprimida para lavar a louça. Se ela lavar os pratos, não importando como se sente, ainda se sentirá triste, mas terá tido uma importante melhora porque sua casa estará limpa. De outra forma, uma mulher que tem um chefe rígido que estipula demandas nada razoáveis pode se omitir e não defender suas ideias. Promover a assertividade em relação ao chefe pode ser uma atividade que lhe beneficiará. As atividades na Ativação Comportamental são variadas, e seu terapeuta lhe ajudará a encontrar as atividades certas, que tenham alguma chance de ajudar a aliviar a depressão ou de fazer você se sentir com mais controle sobre a sua vida.

As vantagens de se tornar ativo, a despeito dos sentimentos depressivos, são claras.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Atividades guiadas podem levar à melhora de humor. Ativando você mesmo, não importando a depressão, podem lhe dar um senso de controle sobre sua vida. Você pode achar que algumas atividades são agradáveis se tentá-las, mesmo se inicialmente tiver achado que nada poderia lhe trazer satisfação. Mesmo aquelas atividades que não são agradáveis podem lhe dar um senso de conquista de algo que valeu a pena.

Atividades guiadas podem quebrar o ciclo da fadiga. Frequentemente, quando estão deprimidas, as pessoas se sentem cansadas e esgotadas. Essa pode ser uma maneira de evitar o mundo. Paradoxalmente, ficar na cama e tirar "um sono extra" geralmente resultam em um maior cansaço. Atividades guiadas, ainda que você se sinta bastante cansado, podem fazer você se sentir "energizado" e "renovado". Esse é um efeito oposto a quando você está depressivo e se sente cansado por outra razão. Por exemplo, quando se está depressivo, se você se engajar em atividades como os afazeres domésticos, poderá finalizar se sentindo bem pela tarefa cumprida e "energizado" para as outras atividades. Por outro lado, se não está depressivo, mas esteve trabalhando por muitas horas necessitando tirar um tempo livre, iniciar um serviço doméstico o deixará mais cansado, pois seu corpo estará lhe dizendo que precisa descansar. Quando se está depressivo, mesmo quando seu corpo lhe diz que precisa descansar, você precisa se ativar.

Atividades guiadas podem levá-lo a se sentir motivado. Muitas pessoas que estão depressivas pensam que "apenas precisam se tornar mais motivadas", mas os sintomas da depressão bloqueiam essa motivação. Portanto, se a pessoa espera se tornar motivada, ela espera em vão. Ironicamente, o engajamento em atividades mesmo quando você se sente desmotivado pode lhe tornar motivado. Nós chamamos esse trabalho de "de-fora-para-dentro". Em outras palavras, você não espera se sentir como se estivesse fazendo algo antes de fazê-lo, ao contrário, você se engaja em uma atividade porque tem um compromisso.

O engajamento em uma atividade quando se está depressivo não é fácil. Pode ser difícil para você organizar seu tempo adequadamente ou se envolver em atividades que normalmente gosta. Algumas vezes, uma atividade se torna tão difícil quando se está depressivo que até as coisas básicas se tornam difíceis. Seu terapeuta entende isso e irá trabalhar para ajudá-lo a reconhecer as coisas que o colocam em direção à ativação, ajudando-o a contornar os obstáculos.

O tratamento irá ajudar a contornar os problemas em sua vida que inibem sua atividade produtiva. Você irá aprender como monitorar sua vida, a olhar para as atividades diárias como se fosse um "rico tapete". Você irá aprender

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

como certos sentimentos estão entrelaçados a certas atividades. Irá aprender como aumentar as atividades que o deixam se sentindo melhor. Atividades orientadas para a melhoria da qualidade de vida farão você se sentir menos depressivo, porque lhe trarão mais satisfação, ou porque simplesmente você se sentirá mais produtivo e no controle das coisas. Seu terapeuta irá ensiná-lo como planejar as atividades, como reconhecer as barreiras que inibem a atividade produtiva e como incorporar novas atividades na rotina de modo que elas venham a se tornar novos hábitos que melhorarão a qualidade de vida. Seu terapeuta irá orientá-lo no uso da "agenda de eventos diários" e do "roteiro de atividades", que lhe ajudarão nesse processo. Você será convidado a continuar o trabalho iniciado em sessão durante a semana entre sessões. Você e seu terapeuta irão definir as atividades que irão somar ao processo de se tornar mais ativo. Seu terapeuta será o seu guia. Ao final, você poderá concluir que o "se tornar ativado" como uma forma de enfrentar a depressão pode operar mais eficientemente no mundo, e que sua vida começou a "entrar nos eixos". Dar o primeiro passo e vir à terapia foi sua primeira atividade guiada. Os outros passos serão mais fáceis do que você imagina.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

15 Terapia Comportamental Dialética: Princípios e Bases do Tratamento

Vinícius Guimarães Dornelles e Cristina Würdig Sayago

Aprendendo a construir uma vida que valha a pena ser vivida.
Linehan (2010a, p. 102)

INTRODUÇÃO

A Terapia Comportamental Dialética, do inglês *Dialectical Behavior Therapy* (DBT) foi desenvolvida na década de 1980 pela doutora Marsha Linehan como um método de tratamento incialmente indicado para pacientes cronicamente suicidas. A partir da aplicação da DBT a esses pacientes, Linehan percebeu que a maior parte deles fechava critérios diagnósticos para o Transtorno da Personalidade Borderline (TPB). Assim, a DBT acabou se configurando como uma intervenção direcionada a pacientes com TPB cronicamente suicidas e com Automutilações Não Letais (AMNL) (Koerner & Dimeff, 2007; Linehan 2010; Miller, Rathus, & Linehan, 2007).

Para compreender como Linehan desenvolveu essa sistemática de tratamento para essa população, faz-se necessário o entendimento das bases do desenvolvimento da DBT. Linehan iniciou os seus trabalhos com Terapia Comportamental padrão, ou seja, pode-se afirmar que a base da DBT são os pressupostos teóricos do Comportamentalismo. Entretanto, ao longo do seu trabalho com a Terapia Comportamental – sob a supervisão dos Ph.D.'s Gerald Davidson e Marvin Goldfried –,

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Linehan percebeu que, devido à natureza dos problemas que esses pacientes apresentavam, era necessário equilibrar e complementar as estratégias de mudanças comportamentais com outras estratégias terapêuticas. Dessa forma, Linehan acabou desenvolvendo uma abordagem de tratamento mesclando elementos da terapia comportamental, da Terapia Cognitivo-Comportamental, das terapias psicodinâmicas, da *gestalt* terapia, da abordagem centrada na pessoa, das abordagens de psicoterapia paradoxais, da abordagem dialética e dos elementos Zen Budistas. Essa fusão de estratégias terapêuticas resultou em uma abordagem de tratamento robusta, bem alicerçada sobre os seus princípios e efetiva – para as populações nas quais isso já tenha sido demonstrado (Linehan, 2010a).

Assim, ao englobar de forma harmônica um grande leque de estratégias terapêuticas, a DBT acaba se tornando uma psicoterapia sólida e flexível para lidar com pacientes que costumam apresentar problemas múltiplos e complexos, diversas comorbidades, bem como intenso risco de suicídio, podendo gerar, em muitas situações, uma carga muito alta de estresse em seus terapeutas – muito devido ao comportamento suicida crônico e à alta sensibilidade emocional desses pacientes (Dimeff & Koerner, 2007; Linhan, 2010a).

Justamente para conseguir lidar com toda essa demanda, a DBT possui uma organização baseada em princípios, e não em protocolos (Swales & Heard, 2009). Dessa forma, existem diversos princípios da DBT que orientam o terapeuta sobre como lidar e no que focar durante as mais diversas situações clínicas, em especial as de crises. Espera-se que o terapeuta saiba aplicar de forma flexível os princípios da DBT em um programa de tratamento altamente estruturado e compreensivo para, assim, conduzir a principal balança dialética do tratamento: a ênfase na mudança *versus* a ênfase na aceitação (Koerner, 2012; Swales & Heard, 2009).

Contudo, um dos grandes desafios observados por Linehan para que o terapeuta consiga permanecer dentro dos princípios da DBT é o esgotamento emocional, que pode ser oriundo do fato de lidar ao mesmo tempo com crises emocionais intensas, que muitas vezes acabam por eliciar comportamentos suicidas e AMNL, e da necessidade de ensinar habilidades fundamentais para que esses pacientes consigam desenvolver uma vida mais plena. Para lidar com essa importante questão, Linehan concebeu a DBT

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

dentro de uma proposta de tratamento modular, ou seja, uma terapia articulada em diferentes modos de tratamento para garantir que tanto os pacientes quanto os terapeutas estejam sempre alinhados com os seus princípios.

Os modos de tratamento são compostos por: (1) psicoterapia individual; (2) grupo de habilidades (treinamento de habilidades); (3) consultoria por telefone; (4) reunião de consultoria para os terapeutas; e (5) tratamentos auxiliares. Cabe salientar que existe um 6º módulo de tratamento que não é obrigatório dentro da DBT, ao contrário dos demais, que é o grupo de familiares. Notadamente, ao analisarmos todo o escopo da DBT, fica evidente que uma das demandas necessárias para a implementação dessa abordagem é a composição de uma equipe de DBT, para que seja possível prover todos os modos necessários para a sua aplicação de forma ética, comprometida e efetiva (Linehan 2010a).

Assim, o principal objetivo deste capítulo é prover uma visão geral da DBT, bem como da sua aplicação prática. Para que seja possível atingir esse objetivo, serão apresentados um panorama histórico do desenvolvimento da DBT, as principais diferenças entre a DBT e a TCC padrão, as evidências da DBT, bem como os fundamentos que compõem a DBT. Cabe salientar que cada um dos tópicos sobre os quais o capítulo irá versar contém subseções específicas que servirão para orientar o leitor em uma leitura mais dinâmica, a fim de promover um entendimento prático da aplicação real da DBT. Dessa forma, espera-se que o leitor deste capítulo compreenda a articulação dos princípios e das estratégias de tratamento da DBT.

Retomando:

A DBT:

- Foi concebida como uma abordagem de tratamento inicialmente indicada para pacientes com TPB cronicamente suicidas e com AMNL.
- Foi desenvolvida a partir da psicoterapia comportamental, incorporando elementos de múltiplas abordagens terapêuticas a bases filosóficas dialéticas e do Zen Budismo.
- É uma abordagem de tratamento dirigida por princípios, e não por protocolos.
- É uma terapia que possui diferentes modos de tratamento.

A aplicação correta da DBT pressupõe a existência de uma equipe de DBT.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

HISTÓRICO E INFLUÊNCIAS DA DBT

O desenvolvimento da DBT teve início a partir do trabalho da Ph.D. Marsha Linehan com psicoterapia comportamental ainda na década de 1970, juntamente com os seus professores Ph.D. Gerald Davidson e Ph.D. Marvin Goldfried. Linehan afirma, em seu livro *Cognitive Behavioral Treatment for Borderline Personality Disorder* (Linehan, 1993), que grande parte do que aprendeu sobre a mudança comportamental advém do trabalho com esses dois professores.

Não obstante a notória influência do aprendizado em terapia comportamental, outro fator de destacada importância para Linehan veio do estágio – que foi criado especificamente para ela – com a Ph.D. Gene Brockopp no *Buffalo Suicide Prevention and Crisis Service Inc.* Marsha Linehan diz que grande parte de sua abordagem de tratamento vem da integração entre a base do treinamento em psicoterapia comportamental em conjunto com a base em prevenção do suicídio (Linehan, 2010a).

Outro fator que a influenciou, com alta relevância, a desenvolver a DBT foi sua prática como estudante de Zen Budismo. Linehan afirma que a base da maior parte do que ela desenvolveu sobre aceitação advém do aprendizado dela com o seu mestre Zen Willigis Jager, O.S.B. (Ko-un Roshi), o qual também é um monge beneditino (Linehan, 2010a).

Além disso, segundo Linehan, uma série de outros pensadores a influenciaram no desenvolvimento da DBT, entre eles destacam-se: o Ph.D. Robert Kohlenberg e o seu trabalho com behaviorismo radical; os Ph.D.'s Alan Marlatt e Judith Gordon com os estudos em prevenção de recaídas; e os Ph.D.'s Geraldine Dawson, John Gottman, Mark Greenberg e Neil Jacobson pelas suas teorias evolucionistas e perspectivas clínicas, as quais impactaram principalmente as concepções de aceitação e mudança. Assim, Linehan demonstra que a DBT possui uma série de influências em diferentes campos do conhecimento para a sua formatação (Linehan, 2010a).

Uma influência histórica de grande importância para a DBT é a participação dos alunos de pós-graduação de Linehan na Universidade de Washington no desenvolvimento e aprimoramento da DBT. Linehan faz um agradecimento especial para eles em seu livro de 1993 (Linehan,

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

1993). Dentre os que tiveram participação destacada no desenvolvimento da DBT encontram-se a primeira aluna de doutorado de Linehan, a Ph.D. Kelly Egan, e os alunos em pós-graduação clínica, os quais Linehan, além de lecionar, supervisou clinicamente. Nesse grupo, encontram-se: Ph.D. Alan Fruzzetti, Ph.D. Kelly Koerner, Ph.D. Barbara Graham, Ph.D. Beatriz Aramburu, Ph.D. Edward Shearing, Michael Addis, Amy Wagner, Jennifer Waltz e Elizabeth Wasson. Muitos desses tidos como grandes referências dentro da DBT hoje em dia (Linehan, 2010a).

A partir de todas essas influências, Linehan formatou a DBT ao longo da década de 1980. Contudo, ainda na década de 1970, iniciou os seus trabalhos com a prática de TCC padrão para pacientes cronicamente suicidas e com AMNL. A partir da supervisão que fazia com os seus colegas, Linehan chegou à conclusão de que estava trabalhando com mulheres que fechavam os critérios diagnósticos para TPB (Behavioral Tech, 2015; Dimeff & Koerner, 2007).

Um aspecto histórico muito relevante sobre o início de Marsha Linehan no tratamento dessas pacientes com TCC padrão é que, no final da década de 1970, a TCC padrão possuía efetividade para uma série de problemas clínicos. Assim, Linehan se interessou em estudar se essa abordagem era efetiva para pacientes nos quais o comportamento suicida fosse resultante de experiências emocionais intensas e dolorosas (Dimeff & Koerner, 2007).

Conforme foi desenvolvendo o seu estudo em TCC padrão com essas pacientes, Linehan percebeu três problemas centrais na aplicação desse modelo: (1) o foco específico na mudança, característica da TCC padrão, era percebido pelos pacientes como uma experiência invalidante; (2) os pacientes, de forma não intencional, reforçavam os seus terapeutas quando estes utilizavam estratégias de tratamento não efetivas e os puniam quando utilizavam métodos de tratamento efetivos; e (3) a quantidade e a gravidade dos problemas dos pacientes tornava impossível a aplicação da TCC padrão. Os terapeutas individuais não tinham tempo suficiente para trabalhar os comportamentos-problema dos pacientes e ensinar e generalizar novas habilidades mais adaptativas (Behavioral Tech, 2015).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Em resposta a esses problemas, Linehan e sua equipe fizeram uma intensa avaliação sobre quais elementos da TCC padrão eram efetivos e quais não eram. Essa discussão foi a base para o desenvolvimento da DBT. A partir dela, introduziram-se as estratégias de aceitação e validação às estratégias de mudança da TCC padrão. A partir da introdução dessas novas estratégias e do desenvolvimento da balança dialética fundamental da DBT (aceitação *versus* mudança), Linehan desenvolveu um novo grupo de intervenções terapêuticas: as estratégias dialéticas, com a função de equilibrar o balanço entre aceitação e mudança em cada sessão. Além disso, as estratégias dialéticas, assim como a visão de mundo dialética, têm a função de manter os pacientes e os terapeutas sempre distantes do apego a uma visão polarizada sobre qualquer aspecto (Behavioral Tech, 2015 e Koerner, 2012).

Assim, Linehan e sua equipe de pesquisa desenvolveram a primeira versão da DBT. O desafio que veio em seguida foi o de realizar um ensaio clínico randomizado para avaliar a efetividade da DBT. Dessa forma, em 1991, Linehan e seus colaboradores publicaram na *Archives of General Psychiatry* o primeiro ensaio clínico randomizado – cujo título era *Cognitive Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients* –, evidenciando a efetividade da DBT para mulheres com TPB cronicamente suicidas e com AMNL (Linehan et al., 1991). A publicação desse artigo tornou a DBT a primeira abordagem terapêutica com efetividade demonstrada para essa população de pacientes (Linehan, 2015a).

Por fim, após a aplicação desse primeiro ensaio clínico, Linehan e sua equipe fizeram algumas revisões dentro do protocolo de DBT. Isso acabou por consolidar, em 1993, a publicação dos dois grandes manuais de tratamento da DBT. Um deles focado em apresentar e ensinar como proceder à DBT do ponto de vista do terapeuta individual, o *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Já o segundo manual, direcionado para o treinamento de habilidades em grupo, sob o título de *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. Dessa forma, a DBT já contava com resultados de efetividade de tratamento e com dois manuais para orientar os terapeutas que desejassem utilizar essa abordagem (Linehan 2010a, Linehan, 2010b).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- A DBT teve sua origem a partir do trabalho de Marsha Linehan com TCC, principalmente no treinamento em terapia comportamental, na década de 1970, com pacientes cronicamente suicidas e com AMNL.
- A DBT recebeu influências de diversas abordagens terapêuticas e de bases filosóficas, destacando-se os elementos do Zen Budismo.
- A DBT incorporou os princípios de aceitação e validação com as estratégias de mudança típicas da TCC padrão a partir da constatação que somente a TCC padrão não era efetiva para pacientes com TPB.
- Linehan desenvolveu as estratégias dialéticas para garantir a manutenção do equilíbrio da balança fundamental da DBT (aceitação *versus* mudança) em todas as sessões.
- A DBT tornou-se, através de seu ensaio clínico randomizado em 1991, a primeira abordagem psicoterapêutica efetiva para o TPB.
- Por fim, em 1993, Linehan publica os dois grandes manuais da DBT direcionados ao trabalho dos terapeutas individuais e ao treinamento de habilidades em grupo.

DIFERENÇAS ENTRE A DBT E A TCC PADRÃO

Os principais pontos em que a DBT pode ser diferenciada da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) padrão são: (1) foco na validação e aceitação do comportamento conforme ele ocorre no momento presente; (2) foco na intervenção terapêutica em comportamentos que interfiram na terapia; (3) foco na relação terapêutica como aspecto fundamental do tratamento; (4) ênfase nos processos dialéticos; e (5) trabalho com os pensamentos enquanto eventos verbais privados e utilização de *mindfulness* como estratégia básica do tratamento (Linehan, 2010a).

Contudo, um dos elementos fundamentais dentre os aspectos divergentes entre a DBT e a TCC padrão é o foco da DBT na aceitação do comportamento e da realidade tal como são. A DBT possui uma intensa preocupação com o equilíbrio entre as estratégias de aceitação e as de mudança (sendo esta a *dialética* fundamental da terapia). Dessa forma, a DBT enfatiza o trabalho com os seus pacientes no que diz respeito à necessidade de eles aceitarem a si e ao mundo tal como são no momento presente, ou

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

seja, outro elemento fundamental dos processos de aceitação vistos dentro da DBT é o foco no momento presente. Nesse ponto, Linehan afirma que a psicoterapia comportamental que mais se assemelha à DBT é a Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy* – ACT; ver Capítulos 6-10 deste livro) de Steven Hayes (Linehan, 2010a).

Sobre o foco no tratamento de comportamentos que interferem na terapia, existe certa similaridade com o trabalho psicodinâmico no que diz respeito aos comportamentos de transferência, o que denota outra diferença entre a DBT e a TCC padrão. O foco que a DBT estabelece sobre esses comportamentos envolve uma premissa lógica óbvia: para melhorar, o paciente deve estar comprometido com a terapia. Embora todas as abordagens de tratamento tenham certo foco sobre comportamentos que possam atrapalhar o andamento do processo psicoterapêutico, somente a DBT possui uma ênfase sistemática que inclui esses comportamentos como a segunda grande hierarquia de comportamentos a serem modificados (conforme será explicado no Capítulo 16 nas metas prioritárias de tratamento dentro da DBT). Além disso, é importante considerarmos que o fato de a DBT enfatizar o trabalho com esses comportamentos deve-se, em grande parte, ao trabalho com pacientes suicidas, visto que, geralmente, a relação terapêutica é a única coisa que mantém esses pacientes vivos (Linehan, 2010; Porr, 2010).

Além desses aspectos, outra importante diferença entre a DBT e a TCC padrão refere-se ao foco nos processos dialéticos. A visão de dialética da DBT está alicerçada na percepção da natureza holística dos fenômenos da realidade, assumindo a perspectiva de que estes estão sempre conectados e em relação. Assim, para a DBT, todo o processo terapêutico é um conjunto de processos dialéticos que permeiam a relação entre terapeuta e paciente, na qual o terapeuta deve ter a habilidade de promover tensões dialéticas para a obtenção de sínteses em conjunto com os pacientes. A ideia de "tensões dialéticas" refere-se à base epistemológica dialética na qual a DBT está fundamentada. Essa base possibilita duas verdades contraditórias coexistentes. A tensão resultante da convivência entre esses polos contrários (exatamente como se fossem dois ímãs com polaridades opostas) acaba gerando uma síntese e, consequentemente, o nascimento de uma nova "verdade", conceituada aqui

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

como algo transitório que passa constantemente por transformações. Assim, espera-se que ao longo da DBT tanto pacientes como terapeutas sofram transformações em suas formas de se comportar nas contingências da relação terapêutica, bem como nas demais contingências que permeiam a realidade de terapeutas e pacientes. Na DBT não existe um "ponto de chegada" pré-determinado, mas sim uma construção, baseada nos valores dos pacientes, de uma vida que valha a pena ser vivida (Koerner, 2012).

Por fim, outro elemento que diferencia a DBT da TCC padrão é o trabalho com pensamentos enquanto eventos verbais privados e a utilização do *mindfulness* (ver Capítulos 2-4 deste livro) como estratégia básica do tratamento. Esses elementos que diferenciam essas abordagens de tratamento referem-se, principalmente, à ideia de que a DBT não utiliza o processo de reestruturação cognitiva da maneira como foi desenvolvido por Aaron Beck (Beck, 1997), ou seja, não foca o trabalho de analisar o pensamento e verificar a racionalidade dele baseado nas evidências ambientais. A DBT trabalha a noção da importância de encontrar-se um equilíbrio entre a nossa mente racional e a nossa mente emocional para que, assim, alcancemos o que Linehan denominou como "mente sábia", a qual pode ser definida como a sabedoria intrínseca de cada pessoa, a integração entre a emoção e a razão (observando o valor de cada uma), a busca pelo caminho do meio, a abertura e a flexibilidade para experienciar a realidade tal como ela é no momento presente e o estado da mente direcionado por valores (Linehan, 2015a; Linehan, 2015b).

A DBT, assim como todas as terapias que compõem o grupo de Terapias Comportamentais Contextuais, foca a função do pensamento, e não a forma do pensamento, ou seja, para esse grupo de terapias, a ênfase da intervenção está no resultado comportamental que ocorre logo após o pensamento, e não na modificação direta do conteúdo do pensamento (Hayes, Follette, & Linehan, 2011; Swales, 2009). Assim, as práticas de *mindfulness* tornam-se centrais para a DBT, pois têm por objetivo reforçar a "mente sábia", além de auxiliar os pacientes e os terapeutas a desenvolver as capacidades de observar, descrever e participar do momento presente, sem julgamentos, sendo efetivos e realizando uma coisa de cada vez, ou seja, adquirindo a habilidade de viver estando plenamente consciente, de forma intencional, do momento presente (Linehan, 2015a).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

A DBT possui uma série de elementos que a diferenciam da TCC padrão. Dentre as características que distinguem as duas, pode-se citar:

- Ênfase nos processos de validação e aceitação do comportamento conforme ele ocorre no momento presente;
- Foco em intervir em comportamentos que interferem no tratamento;
- Profunda ênfase na relação terapêutica como base fundamental do tratamento;
- Foco destacado nos processos dialéticos;
- Trabalho com os pensamentos enquanto eventos verbais privados e utilização de *mindfulness* como estratégia fundamental do tratamento.
- Trabalho focado na resposta observável que ocorre após os pensamentos, e não no conteúdo dos pensamentos.

EVIDÊNCIAS DA DBT

A DBT é uma abordagem terapêutica que possui um grande leque de evidências empíricas que dão suporte à sua prática. Neste capítulo, serão apresentadas somente as evidências de ensaios clínicos randomizados – que é o delineamento mais sólido para a busca de evidências de intervenções clínicas. Um ensaio clínico randomizado é composto pela comparação de, pelo menos, duas intervenções, com a utilização de variáveis de controle e com distribuição amostral aleatória – para maior aprofundamento, sugere-se a leitura de Souza (2009). A opção pela revisão somente de ensaios clínicos randomizados justifica-se por esses estudos demonstrarem de forma mais contundente as evidências da DBT.

Os primeiros ensaios clínicos randomizados da DBT foram realizados pela equipe de Linehan, avaliando 44 mulheres com TPB que foram submetidas à DBT em comparação com um grupo que recebeu o tratamento usual. Os resultados obtidos nesses estudos envolveram a redução do risco de comportamentos suicidas, da utilização dos serviços de saúde e do *dropout* (quantidade de pacientes que abandonam o tratamento ao longo do estudo). Além disso, tanto a DBT como o tratamento usual reduziram a ideação suicida, os sintomas depressivos e a desesperança (Linehan et al., 1991; Linehan, Heard, & Armstrong; Linehan et al., 1994).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Outros dois ensaios clínicos randomizados avaliaram um grupo de 58 pacientes mulheres submetidas à DBT em comparação com um grupo que recebeu tratamento usual. Nesses estudos, os resultados evidenciaram que a DBT reduziu as tentativas de suicídio, as AMNL e que tanto a DBT como o tratamento usual diminuíram o uso de substâncias (Van den Bosch et al., 2002; Verhuel et al., 2003).

Um ensaio clínico randomizado comparou a aplicação da DBT para 101 mulheres com outro grupo que recebeu tratamento comunitário por especialistas. Os principais achados do estudo evidenciaram que a DBT reduziu as tentativas de suicídio, a utilização de serviços de emergência, as internações psiquiátricas por comportamentos suicidas, *dropouts,* o uso de substâncias, além de promover mudanças significativas com relação às autoafirmações, à autoestima, à autoproteção e aos pensamentos autoacusatórios (Bedics et al., 2012).

Uma pesquisa envolvendo a utilização da DBT para 20 mulheres veteranas comparadas com um grupo que recebeu tratamento usual encontrou que as pacientes que receberam a DBT obtiveram redução das AMNL, das internações hospitalares, da ideação suicida, dos sintomas dissociativos, da desesperança e dos sintomas depressivos (Koons et al., 2001).

Outra investigação focando a aplicação da DBT para pacientes com transtornos relacionados ao uso de substâncias avaliou a aplicação da DBT para 28 mulheres comparadas a outro grupo que recebeu tratamento usual. Nesse estudo, a DBT demonstrou redução do abuso de substâncias (Linehan et al., 1999).

Por fim, dois estudos desenvolvidos na Alemanha, um avaliando a aplicação da DBT para Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) para 74 pacientes comparados a um grupo que recebeu tratamento usual mais lista de espera, e outro investigando a aplicação da DBT para 60 pacientes com TPB em relação a um grupo que recebeu tratamento usual mais lista de espera. Os estudos encontraram como resultados aumento da remissão do quadro de TEPT, redução de AMNL e de sintomas depressivos e ansiosos (Bohus et al, 2013; Bohus et al., 2004).

Os dados apresentados por todos esses estudos evidenciam uma base sólida de evidências para a utilização da DBT. Cabe salientar que, neste capítulo, foi feito um breve recorte dos dados de evidências da

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

DBT, pois esse não é o foco central deste texto. Contudo, os dados apresentados possuem duas características muito interessantes: a primeira refere-se às evidências relacionadas à DBT; e a segunda, que essas evidências advêm de estudos em diferentes grupos de pesquisas situados em diferentes locais do mundo. Assim, a DBT não demonstra evidências somente pelo grupo criador da abordagem de tratamento.

Retomando:

- A DBT possui muitos dados que demonstram a sua evidência para o TPB e para outras condições clínicas.
- Os dados de efetividade da DBT não foram encontrados apenas pelo grupo desenvolvedor da DBT.

FUNDAMENTOS DA DBT

Teoria Biossocial

A DBT foi desenvolvida, inicialmente, como uma abordagem psicoterapêutica direcionada para o tratamento de pacientes com TPB cronicamente suicidas e com AMNL. Existe um consenso entre as pessoas que trabalham com DBT de que o nome TPB não representa adequadamente esses pacientes, tendo em vista que a base desse transtorno encontra-se na intensa desregulação emocional desses pacientes (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Dessa forma, existe uma proposta dos teóricos da DBT, e de outros estudiosos do TPB, para que o nome do transtorno seja alterado para Transtorno da Regulação das Emoções (TRE), pois esse nome seria muito mais representativo por conta das dificuldades desses pacientes e eliminaria todo o estigma que o diagnóstico de TPB traz (Linehan, 2010a; Linehan, 2015).

Assim, para Linehan, os comportamentos característicos do TPB (e. g., as tentativas de suicídio, as AMNL, os comportamentos de risco, etc.) são entendidos como métodos de solução de problemas para lidar com a desregulação emocional, ou seja, esses comportamentos de pacientes com TPB acabam tendo a função de regular as emoções ou são consequências

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

de uma falha na regulação das emoções – como os sintomas dissociativos e os sintomas psicóticos transitórios (Dimeff & Koerner, 2007).

O conceito de desregulação emocional, evidentemente, é central para a DBT, além de ser de suma importância o entendimento de como essa desregulação emocional se desenvolve. Nesse sentido, Linehan desenvolveu um modelo de entendimento tanto do desenvolvimento quanto da manutenção da desregulação emocional, denominado *Teoria Biossocial* (TB). Esse modelo, por mais que tenha sido desenvolvido para o entendimento da desregulação emocional de pacientes com TPB cronicamente suicidas e com AMNL, hoje é utilizado como fundamento teórico central para o entendimento da desregulação emocional em diversos transtornos mentais (Koerner, 2012).

O modelo proposto pela TB defende que a desregulação emocional seria desenvolvida e mantida por uma interação entre fatores biológicos e ambientais. Assim, a DBT assume que existe uma etiologia multifatorial para a desregulação emocional. Dessa forma, torna-se fundamental compreender corretamente como ocorre essa interação. Ao desenvolver a TB, Linehan agrupou os aspectos biológicos no conceito de vulnerabilidade emocional e as variáveis ambientais dentro da ideia de ambientes invalidantes, criando, assim, um modelo parcimonioso, de fácil compreensão e preciso para o entendimento do desenvolvimento e da manutenção da desregulação emocional. Esse modelo faz parte tanto da formulação de caso – orientando todas as intervenções do tratamento na DBT – quanto da psicoeducação da desregulação emocional para os pacientes, que tem o objetivo de garantir um entendimento comum entre terapeutas e pacientes (Koerner, 2012; Dimeff & Koerner, 2007; Linehan, 2010a). A seguir, será apresentada uma definição mais acurada dos conceitos de vulnerabilidade emocional e de ambientes invalidantes.

Retomando:

- A DBT iniciou o seu trabalho com mulheres cronicamente suicidas e com AMNL.
- O termo *Borderline* é controverso por não refletir, apropriadamente, o problema central do transtorno, que é a desregulação emocional.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

- Os comportamentos-problema do TPB, como tentativas de suicídio e AMNL, são entendidos pela DBT como métodos disfuncionais de solução de problemas.
- A desregulação emocional é entendida pela TB como resultante de uma interação mútua e contínua de variáveis biológicas (vulnerabilidade emocional) e ambientais (ambientes invalidantes).

Vulnerabilidade Emocional

O conceito de *vulnerabilidade emocional* envolve os aspectos biológicos do desenvolvimento e da manutenção da desregulação emocional. Contudo, é de suma importância o entendimento de que apenas a presença da vulnerabilidade emocional não é o suficiente para a etiologia da desregulação emocional. Isso se deve ao fato de que todos somos vulneráveis, em algum grau, às nossas emoções, ou seja, todos nós temos um sistema de ativação emocional frente a estímulos emocionais. Contudo, algumas pessoas podem ter maior vulnerabilidade ao seu processamento emocional, possuindo, assim, uma ativação mais sensível diante de estímulos emocionais. Esses indivíduos mais vulneráveis necessitariam de uma maior modulação emocional, a qual seria aprendida ambientalmente. Por isso, a apresentação da desregulação emocional necessita dessa interação entre esses aspectos biológicos (vulnerabilidade emocional) e ambientais (ambientes invalidantes) (Koerner, 2012; Linehan, 2010a).

Para que seja possível uma compreensão mais aprofundada da vulnerabilidade emocional característica de pacientes com desregulação emocional, é preciso entender os três componentes dessa vulnerabilidade: (1) a sensibilidade aumentada; (2) a intensidade emocional elevada; e (3) o lento retorno ao estado de calma (Axelrod, Perepletchikova, Holtzman, & Sinha, 2011) – conforme pode ser observado na Figura 15.1. Com relação à sensibilidade aumentada, observa-se que pacientes que possuem maior vulnerabilidade emocional têm uma reatividade aumentada a estímulos emocionais, o que denota um limiar mais baixo de ativação das emoções, ou seja, esses indivíduos respondem de forma mais rápida diante de estímulos que possam eliciar uma resposta

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

emocional. Assim, situações que, normalmente, não gerariam ativação emocional ou eliciariam respostas mais atenuadas na população geral, dispararam, de forma mais veloz, em pessoas mais vulneráveis. Trazendo essa ideia para a prática clínica, podemos entender por que pacientes com TPB podem reagir emocionalmente frente a alguma situação na qual o terapeuta não consiga atender ao seu telefonema, enquanto outros pacientes não evidenciariam essa resposta. Devido a essa sensibilidade aumentada, podemos entender o sentimento comum evidenciado por terapeutas e familiares de pessoas com TPB de estarem sempre "pisando em ovos" (Linehan, 2010a).

Sobre a intensidade elevada, apresentada por pacientes com maior vulnerabilidade emocional, observa-se que essas pessoas, quando comparadas à população geral, além de terem respostas emocionais mais rápidas, apresentam um pico de ativação emocional mais alto. É notório que pessoas mais vulneráveis apresentam respostas emocionais mais intensas, o que pode acabar eliciando respostas extremas frente aos estímulos eliciadores da resposta emocional. Essa reatividade mais intensa frente a situações emocionais se deve em muito ao processamento atencional diante de emoções mais intensas, nas quais os pacientes possuem grande dificuldade em modular a sua atenção e acabam tendo o foco aumentado nesses aspectos emocionais. Clinicamente, observa-se essa tendência em situações de crises emocionais comuns em pacientes com TPB que, muitas vezes, a partir de uma situação de discussão com familiares, podem sentir uma profunda tristeza, transformando-se em uma alta raiva de si e que acaba eliciando condutas suicidas e de AMNL (Linehan, 2010a, Koerner, 2012).

Já em relação ao lento retorno ao estado de calma, observa-se que as reações emocionais de pessoas com maior vulnerabilidade emocional são mais longas. Essa característica denota a dificuldade que essas pessoas têm de voltar ao estado de calma após passarem por alguma situação que as ative emocionalmente. Contudo, é importante salientar que as respostas emocionais em si são breves, durando de segundos a alguns minutos. Dessa forma, o que faz com que a resposta emocional dessas pessoas seja mais prolongada são os processos psicológicos subjacentes à ativação emocional. Assim, observa-se que, diante de ativações emocionais mais intensas, ocorre maior foco atencional frente aos estímulos

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

geradores das respostas emocionais, assim como uma tendência aumentada para recordar lembranças que sejam congruentes com o estado emocional atual. Esses fenômenos acabam influenciando as interpretações relacionadas a essas situações e direcionando o comportamento dessas pessoas, para que este seja congruente com a resposta emocional vigente. Esses aspectos psicológicos decorrentes da alta intensidade emocional que acabam fazendo com que pessoas mais vulneráveis tenham um retorno mais lento ao estado de calma acabam influenciando, também, a sensibilidade frente a novos estímulos emocionais, o que denota uma interação mútua entre os três aspectos definidores da vulnerabilidade emocional (Linehan, 2010a).

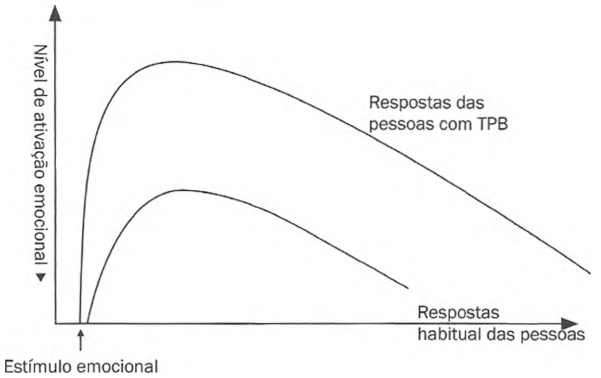


Figura 15.1 Representação gráfica da vulnerabillidade emocional de pacientes com TPB.
Fonte: Adaptada de Linehan, 2010a.

Retomando:

- *Vulnerabilidade Emocional* é o conceito que fala sobre as variáveis biológicas da desregulação emocional.
- Apenas a apresentação da Vulnerabilidade Emocional não é suficiente para o desenvolvimento de desregulação emocional.
- Todos somos, de alguma forma, vulneráveis às nossas emoções.
- A Vulnerabilidade Emocional envolve: (1) maior sensibilidade aos estímulos emocionais; (2) maior intensidade da resposta emocional; e (3) retorno mais lento ao estado basal.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Ambientes Invalidantes

Partindo do princípio que a desregulação emocional é uma consequência da interação entre fatores biológicos e ambientais, e sendo os aspectos biológicos explicados pela ideia de vulnerabilidade emocional, torna-se fundamental o entendimento das variáveis ambientais na etiologia da desregulação emocional. Assim, é crucial a compreensão da noção de *ambientes invalidantes*, a qual, para a DBT, agrupa as bases ambientais da desregulação emocional (Dimeff & Korner, 2007; Koerner, 2012).

Dessa forma, para um entendimento adequado dos ambientes invalidantes e das suas consequências, é importante que se compreenda algumas bases do desenvolvimento emocional. A correta aprendizagem desses aspectos fornece uma ampla visualização da interação entre a vulnerabilidade emocional e os ambientes invalidantes. Nesse sentido, observa-se que as emoções são uma rápida resposta do nosso corpo a algum dado estímulo. Assim, fisiologia, percepção, comportamentos e processos cognitivos são ativados coerentemente com o estado emocional atual orientando e organizando a nossa adaptação às mudanças contínuas no nosso ambiente e em nosso corpo. Em ambientes saudáveis, as crianças recebem um reforçamento de seus pais da ligação entre as pistas ambientais, as emoções primárias (cabe colocar aqui que "primário" não tem relação com a ideia evolucionista do processamento emocional, mas sim com a ordem de eliciação das emoções dentro de uma dada situação) e as expressões emocionais socialmente adequadas, resultando em um enfraquecimento da ligação com as expressões emocionais socialmente inadequadas (Koerner, 2012).

São essas características, desses ambientes saudáveis, o que Linehan denomina ambientes validantes. As respostas validantes dos cuidadores orientam as crianças sobre o que é efetivo e apropriado, além de orientar o desenvolvimento do *self* por meio de uma noção coerente das próprias respostas que as crianças acabam tendo. Dessa forma, um excelente ambiente validante fortalece e ajuda as crianças a refinar a naturalidade, a adaptabilidade, a organização e a comunicação das funções das emoções (Koerner, 2012).

No entanto, a ideia de ambientes invalidantes refere-se a respostas extremas e inadequadas frente à comunicação de experiências privadas das crianças, ou seja, não existe uma resposta validante dessas experiências privadas e

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

sim, e geralmente, punição ou banalização (Linehan, 2010a). Dessa forma, podemos definir que ambientes invalidantes são aqueles que comunicam que as respostas características das crianças às situações (em especial as respostas emocionais) são erráticas, patológicas, não apropriadas, não levadas a sério, podendo envolver uma simplificação excessiva dos problemas e dos métodos de solução de problemas dessas crianças (Dimeff & Koerner, 2007).

Nesse sentido, pode-se observar que os ambientes invalidantes possuem duas características centrais: (1) a pessoa está equivocada em relação à descrição e à análise das próprias experiências, em especial das hipóteses sobre o que estaria eliciando as suas emoções, ações e pensamentos; e (2) as experiências dessa pessoa estão vinculadas a traços de personalidade socialmente inaceitáveis (Linehan, 2010a). O resultado proveniente desses ambientes envolve um déficit global da regulação das emoções, não conseguindo prover para essas crianças as habilidades para tolerar o mal-estar, assim como para desenvolver expectativas e objetivos realistas (Dimeff & Koerner, 2007).

Não obstante a isso, outra consequência desses ambientes é que as crianças não aprendem a classificar as suas experiências privadas, não desenvolvendo, assim, as habilidades de modulação dos seus estados emocionais. Além disso, dentro de um ambiente invalidante, é necessário que a criança aumente marcadamente a sua expressão emocional, ou que demonstre de forma extrema os seus problemas para conseguir alguma resposta ambiental proveitosa. Dessa forma, o ambiente acaba modelando as expressões emocionais extremas através da punição das respostas emocionais de valência negativa e do reforçamento intermitente das demonstrações emocionais intensas. O resultado final desse processo envolve uma oscilação das repostas da criança desde a inibição emocional até a eliciação de estados emocionais extremos. Isso acaba por gerar uma deficiência na autoconfiança relacionada às próprias respostas emocionais, cognitivas e comportamentais da criança, ensinando-a a invalidar ativamente as suas próprias experiências privadas e a sondar o ambiente ativamente a fim de verificar como deve se sentir, pensar e se comportar nas mais variadas situações, gerando, nesse sentido, um déficit intenso do próprio sentido de *self* (Linehan, 2010a).

Por fim, ao analisar e observar essa intensa relação entre a vulnerabilidade emocional e os ambientes invalidantes, bem como as consequências dessa interação, podemos notar um círculo vicioso entre experiências ambientais

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

invalidantes e respostas emocionais intensas frente a esses eventos. Dessa forma, é possível entender por que os comportamentos tipicamente associados ao TPB podem funcionar como métodos de solução de problemas para regular a própria resposta emocional ou, ainda, como resultado final da desregulação emocional, como pode ser observado nas Figuras 15.2 e 15.3.

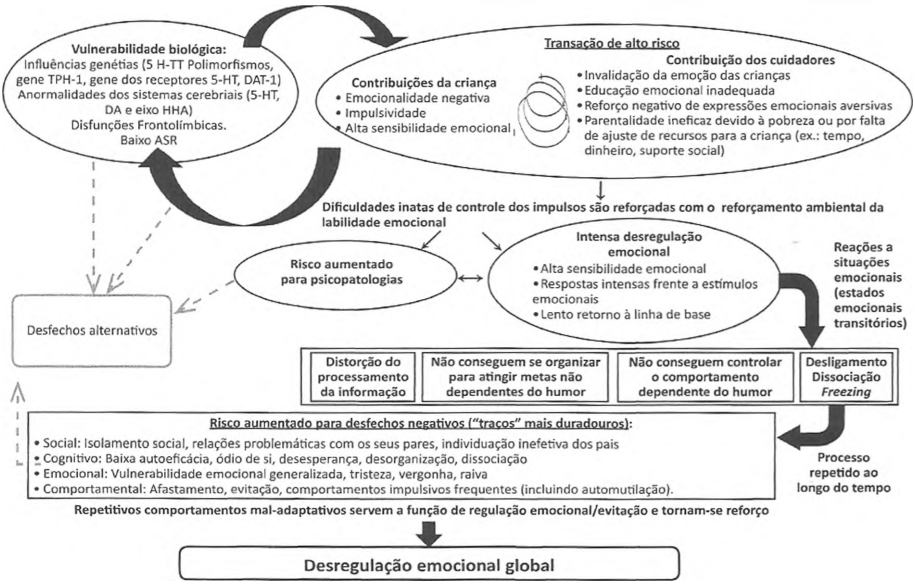

Vulnerabilidade biológica:
Influências genéticas (5 H-TT Polimorfismos, gene TPH-1, gene dos receptores 5-HT, DAT-1)
Anormalidades dos sistemas cerebriais (5-HT, DA e eixo HHA)
Disfunções Frontolímbicas.
Baixo ASR
Transação de alto risco
Contribuições da criança
• Emocionalidade negativa
• Impulsividade
• Alta sensibilidade emocional
Contribuição dos cuidadores
• Invalidação da emoção das crianças
• Educação emocional inadequada
• Reforço negativo de expressões emocionais aversivas
• Parentalidade ineficaz devido à pobreza ou por falta de ajuste de recursos para a criança (ex.: tempo, dinheiro, suporte social)
Dificuldades inatas de controle dos impulsos são reforçadas com o reforçamento ambiental da labilidade emocional
Risco aumentado para psicopatologias
Intensa desregulação emocional
• Alta sensibilidade emocional
• Respostas intensas frente a estímulos emocionais
• Lento retorno à linha de base
Reações a situações emocionais (estados emocionais transitórios)
Desfechos alternativos
Distorção do processamento da informação
Não conseguem se organizar para atingir metas não dependentes do humor
Não conseguem controlar o comportamento dependente do humor
Desligamento Dissociação Freezing
Risco aumentado para desfechos negativos ("traços" mais duradouros):
• Social: Isolamento social, relações problemáticas com os seus pares, individuação inefetiva dos pais
• Cognitivo: Baixa autoeficácia, ódio de si, desesperança, desorganização, dissociação
• Emocional: Vulnerabilidade emocional generalizada, tristeza, vergonha, raiva
• Comportamental: Afastamento, evitação, comportamentos impulsivos frequentes (incluindo automutilação).
Processo repetido ao longo do tempo
Repetitivos comportamentos mal-adaptativos servem a função de regulação emocional/evitação e tornam-se reforço
Desregulação emocional global

Figura 15.2 Modelo da desregulação emocional – interação entre vulnerabilidade emocional e ambientes invalidantes.
Fonte: Retirada de Linehan,, 2015a, p. 10.

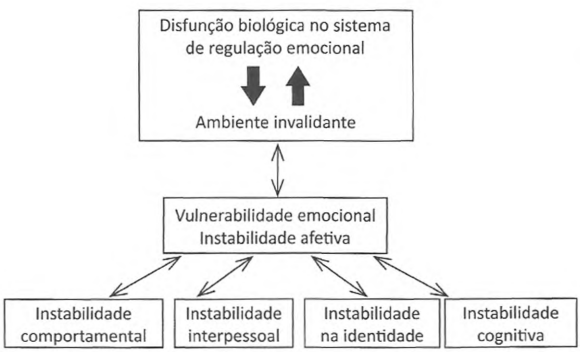


Figura 15.3 Relação entre a desregulação emocional e os padrões comportamentais típicos do TPB, de acordo com a TB.
Fonte: Retirada de Linehan, 2010a p. 67.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- O conceito de *ambientes invalidantes* refere-se às variáveis ambientais implicadas na desregulação emocional.
- As emoções orientam e organizam a nossa adaptação às contínuas alterações do nosso ambiente e do nosso corpo.
- Um *ambiente validante* é aquele que reforça a conexão entre as pistas ambientais, as emoções primárias e as expressões emocionais socialmente adequadas.
- O efeito de um *ambiente validante* é o fortalecimento da naturalidade, da adaptabilidade, da organização e da comunicação das funções das emoções das crianças.
- A definição de *ambientes invalidantes* envolve a comunicação, por parte dos cuidadores, de que as respostas das crianças às situações (prioritariamente as emocionais) são erráticas, patológicas, não apropriadas, não levadas a sério, ou que os problemas delas, ou os métodos de solução de problemas, são simplórios.
- Os *ambientes invalidantes* comunicam para a pessoa que ela está equivocada em relação à descrição e à análise das próprias experiências, e que as suas experiências estão vinculadas a traços de personalidade socialmente inaceitáveis.
- Os principais efeitos dos *ambientes invalidantes* estão relacionados ao fato de que as crianças não aprendem a classificar as suas experiências emocionais e que elas necessitam aumentar a intensidade das suas respostas emocionais para que o ambiente responda às suas necessidades.

Os dilemas dialéticos do TPB

Um aspecto importante do TPB são os *dilemas dialéticos* que se impõem ao paciente por meio da complexa interação entre a necessidade de manejar a própria vulnerabilidade emocional e a convivência com ambientes invalidantes. Esses dilemas acabam levando o paciente a oscilar entre as tentativas extremadas de regular a própria emoção, por meio de mecanismos inibitórios e de expressões emocionais intensas e extremas (Koerner, 2012).

Cabe salientar que Linehan denominou esses aspectos como dilemas dialéticos tendo em vista que cada posição específica possui em si a sua própria ação oposta (Koerner, 2012). Assim, podemos ilustrar os dilemas dialéticos a partir de três grandes dimensões: (1) vulnerabili-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

dade emocional *versus* autoinvalidação; (2) passividade ativa *versus* competência aparente; e (3) crises inexoráveis *versus* luto inibido (conforme demonstrado na Figura 15.4). É importante observar que os três tópicos na parte superior da Figura 15.4 (crises inexoráveis, vulnerabilidade emocional e passividade ativa) sofrem uma influência maior de aspectos biológicos para a regulação emocional ao longo do desenvolvimento. Já os três elementos inferiores da Figura 15.4 (competência aparente, autoinvalidação e luto inibido) estão mais atrelados às consequências sociais da desregulação emocional (Linehan, 2010a).

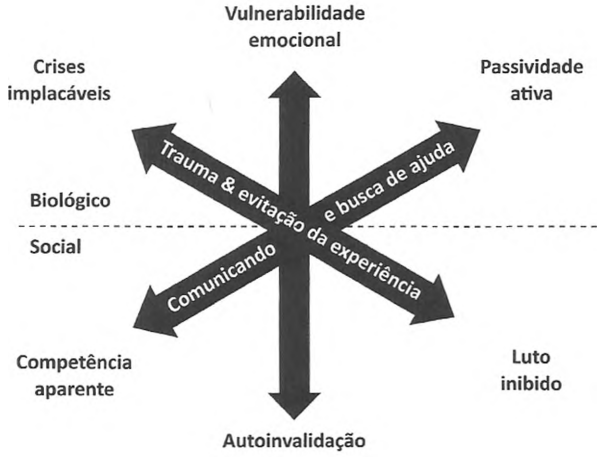


Figura 15.4 Dilemas dialéticos de pacientes com desregulação emocional. Fonte: Adaptada de Linehan, 2010a, p. 74.

Retomando:

- Os *dilemas dialéticos*, para a DBT, são oriundos da necessidade de manejar a própria vulnerabilidade emocional e a convivência com ambientes invalidantes.
- Os *dilemas dialéticos* fazem com que o paciente oscile entre tentativas extremadas de regular a própria emoção (por estratégias inibitórias) e expressões emocionais extremas e intensas.
- Linehan propõe três *dilemas dialéticos*: (1) crises implacáveis *versus* luto inibido; (2) vulnerabilidade emocional *versus* autoinvalidação; e (3) passividade ativa *versus* competência aparente.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Vulnerabilidade emocional versus *autoinvalidação*

A relação entre uma vulnerabilidade biológica para o próprio processamento emocional e um histórico de ambientes eminentemente invalidantes acaba gerando uma sensibilidade aumentada. Assim, a menor pista de um estímulo emocional pode acabar acarretando uma violenta resposta emocional do paciente. Isso ocorre devido ao fato de o paciente não poder controlar o início nem o término dos eventos que desencadeiam as respostas emocionais, fazendo com que a pessoa procure desesperadamente uma forma de acabar com a dor emocional. Essa junção de fatores caracteriza a *vulnerabilidade emocional* e todos os seus componentes (sensibilidade aumentada, resposta emocional intensa e lento retorno ao estado de calma – Linehan, 2015a).

Assim, como forma de lidar com essa marcada vulnerabilidade emocional, os pacientes com TPB acabam internalizando as características dos seus próprios ambientes invalidantes. Os pacientes começam a invalidar as suas próprias respostas emocionais e a buscar em seus ambientes, e nas outras pessoas, a forma mais "correta" de pensar, sentir e se comportar. A *autoinvalidação* associada a expectativas irrealistas sobre o próprio desempenho acaba levando os pacientes à emocionalidade intensa e a reações comportamentais extremas (Linehan, 2010a).

Dessa forma, podemos inferir que existem duas formas de autoinvalidação. Na primeira, a pessoa julga severamente a própria desregulação (e. g., "Eu jamais deveria ser assim", "Sou louca, nunca vou mudar", etc.). Nesse tipo de invalidação, a pessoa tenta controlar e/ou evitar as respostas emocionais primárias naturais. Contudo, quando falha nessa tentativa, ela volta-se contra si com autoacusações e com raiva intensa direcionada a si mesma. Nesse sentido, as AMNL são formas de se autopunir pela sua falha. O segundo tipo de autoinvalidação envolve a pessoa negar e/ou ignorar a sua vulnerabilidade à desregulação emocional (congruente com a ideia dos ambientes invalidantes de menosprezar os problemas e os métodos de solução de problemas das crianças). Isso leva esses pacientes a inibir a sua experiência emocional e a sustentar expectativas irreais e perfeccionistas sobre o seu desempenho. O resultado final de todo esse processo são comportamentos altamente desregula-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

dos, além da inabilidade de aprender novas estratégias de autogerenciamento, uma vez que se torna intolerável conviver com as falhas advindas desse aprendizado (Koerner, 2012; Linehan, 2010a).

Retomando:

- Os pacientes com desregulação emocional, para tentar lidar com a sua experiência emocionalmente intensa, acabam internalizando os seus ambientes invalidantes e utilizando a autoinvalidação como uma tentativa de regular a própria emoção.
- A autoinvalidação pode se apresentar de duas formas: (1) autoinvalidação da própria desregulação emocional; e (2) negar e/ou ignorar a sua vulnerabilidade à desregulação emocional.

Passividade ativa versus *competência aparente*

A ideia de *passividade ativa* envolve a tendência dos pacientes com desregulação emocional para lidar de forma passiva com problemas que os ative emocionalmente, para exigir ativamente do ambiente soluções para esses problemas ou para comunicar a sua dor emocional, pela situação problema, de forma tão intensa que acabe evocando uma postura ativa dos outros (Linehan, 2010a; Koerner, 2012). Assim, a pessoa acaba sendo ativa ao solicitar que os outros resolvam os seus problemas ou que regulem o seu comportamento, mas é passiva ao tentar resolver essas questões por conta própria (e. g., "Eu estava muito frustrada por não estar conseguindo emagrecer e com muita raiva da minha mãe porque ela não fazia nada para que eu conseguisse emagrecer, nem se mostrava preocupada com isso... Por mais que eu brigasse e implorasse para ela, ainda assim ela não fazia nada para me ajudar" – paciente Z).

Contudo, é importante esclarecer que a maior parte das pessoas frente a situações-problema que ativem maciçamente o seu processamento emocional tende a ter uma resposta de enfrentamento passiva, não sendo, assim, um "privilégio" específico dos pacientes com TPB ou desregulação emocional (Koerner, 2012; Linehan, 2010a). Obviamente que, pela própria vulnerabilidade emocional, assim como pelos ambientes invalidantes, as pessoas com TPB possuem uma ativação mais frequente e intensa de passividade ativa.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Já a *competência aparente* refere-se à tendência de pacientes com TPB para apresentar, em determinadas situações da vida cotidiana, respostas extremamente eficazes e competentes, conseguindo, assim, uma resolução afirmativa para essas situações. Contudo, em outras situações, esses pacientes apresentam respostas completamente inefetivas, dando a impressão, para os observadores desse padrão comportamental, de que aquelas habilidades evidenciadas anteriormente não existem mais (Lineha, 2010a). Um exemplo claro disso são os pacientes que em ambientes profissionais emitem respostas de interação social muito competentes, enquanto em seus relacionamentos íntimos apresentam respostas altamente desreguladas.

Acredita-se que grande parte do problema da competência aparente deve-se a uma dificuldade de generalização das aprendizagens em função do estado de humor do paciente. Assim, ao longo da vida de uma pessoa com TPB, a aprendizagem ocorre, em diversas situações, em um contexto emocional que não é intenso e desregulado, o que acaba favorecendo a aprendizagem de determinada estratégia. Contudo, diversas situações nas quais o paciente apresenta desregulação emocional acabam impedindo a generalização dessas estratégias comportamentais. Dessa forma, é natural que, ao observarmos o comportamento de algum paciente com TPB, tenhamos essa estranha impressão de que ele, em alguns contextos, possui boas estratégias de enfrentamento, enquanto em outras é como se elas simplesmente sumissem, caracterizando, assim, o que chamamos de competência aparente (Koerner, 2012; Linehan, 2010a).

Retomando:

- *Passividade ativa* envolve uma forma passiva de lidar com os problemas que ativem emocionalidade, de exigir ativamente do ambiente soluções para esses problemas ou de comunicar a dor emocional de forma tão intensa que acabe gerando uma postura ativa dos outros.
- Todas as pessoas possuem tendência para evocar respostas de enfrentamento passivas diante de intensa ativação emocional.
- *Competência aparente* ocorre quando, em situações específicas, o paciente apresenta respostas habilidosas para lidar com um problema, entretanto, em outras similares, parece que essas habilidades simplesmente somem.
- Acredita-se que a *competência aparente* ocorra por uma dificuldade de generalização de aprendizagens devido à instabilidade emocional.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Crises inexoráveis versus *luto inibido*

O conceito de *crises inexoráveis* reflete um padrão em que, ao mesmo tempo, o paciente com TPB "gera" e é controlado por eventos aversivos constantemente (Koerner, 2012). Contudo, cabe salientar que um erro comum nessas situações é confundir a ideia de "gerar" situações aversivas com a de "ter a intenção de gerar" esses eventos. Essa diferenciação é de suma importância, pois frequentemente os terapeutas incorrem em um erro fatal, tido como uma das estratégias mais anti-DBT que existe, que é o de "culpabilizar a vítima". Para não incorrer nesse erro é fundamental ter um amplo conhecimento dentro da psicologia comportamental, pois somente ela conseguirá elucidar que o padrão comportamental de "gerar" os eventos aversivos, na verdade, reflete um histórico funcional de padrões comportamentais amplamente reforçados que, ou impedem o paciente de desenvolver estratégias mais efetivas para lidar com essas situações, ou bloqueiam a utilização, por parte do paciente, de estratégias efetivas que ele normalmente conseguiria desenvolver se não estivesse no contexto da desregulação emocional (Linehan, 2010a).

Em geral, pessoas emocionalmente vulneráveis costumam agir impulsivamente para diminuir a sua ativação emocional. Esse padrão comportamental invariavelmente aumenta os problemas de forma progressiva (como se fosse uma escalada), resultando em uma piora significativa do processamento emocional (Koerner, 2012). Um exemplo disso é a paciente Y, que teve um sério problema em seu trabalho a partir de seu envolvimento em um caso amoroso com um colega. Após esse colega dizer que não queria mais manter o relacionamento, a paciente ficou muito triste, frustrada e secundariamente com muita raiva. Ela acabou brigando com esse colega, indo à empresa e pedindo demissão, não aceitando a carta de referências da empresa para a busca de um novo emprego. Isso levou a paciente a contrair dívidas para pagar suas contas e sustentar sua filha, o que a deixou cada vez mais desregulada emocionalmente, até que tentou o suicídio com overdose de medicamentos, ocasião em que foi encaminhada para atendimento no ambulatório de DBT, em Porto Alegre.

Já o conceito de *luto inibido* refere-se à tendência dos pacientes com TPB para evitar ou inibir as experiências e as expressões de emoções intensas

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

e dolorosas, muito em função do histórico intenso de traumas e perdas que esses pacientes possuem. Isso faz com que esses pacientes não consigam elaborar completamente novas situações de perda e/ou que ativem emocionalidade intensa devido à falta de contato com essas emoções (oriunda do mecanismo de inibição emocional – Linehan, 2010a). Assim, podemos conceituar *luto inibido* como uma evitação automática e involuntária de situações emocionalmente dolorosas acompanhada de uma inibição da resposta emocional natural. Dessa forma, inibir a dor pelos traumas vivenciados na infância ou pelas perdas recentes é uma característica desses pacientes, resultando em estratégias de enfrentamento disfuncionais (Koerner, 2012).

Cabe salientar que grande parte do problema da desregulação emocional está justamente nos processos de inibição emocional. Nota-se que esses pacientes buscam nos mecanismos inibitórios a tentativa de controlar o próprio processamento emocional. Contudo, esse processo de inibição acaba por, justamente, alavancar a desregulação das emoções, tornando o processamento emocional intenso e instável. A consequência disso são comportamentos impulsivos na busca por aliviar a excitação emocional, que acabam levando a um aumento progressivo dos problemas e do próprio estado emocional (Koerner, 2012).

É justamente nesse ponto que pode ser observada com clareza a natureza do dilema dialético entre as *crises inexoráveis* e o *luto inibido* (Koerner, 2012). Se observarmos o exemplo da paciente Y, é notável a tentativa de inibir a dor emocional oriunda da perda do relacionamento com o colega de trabalho, a qual a leva a comportamentos claramente evitativos, como o de se afastar do emprego. Além disso, cabe colocar que, quando foi questionada se havia pedido demissão por causa da dor emocional da perda do relacionamento com o colega de trabalho, ela prontamente respondeu:

> Não. Na verdade nem eu entendi direito o que aconteceu... Eu esperava que fosse morrer se ele me largasse... Mas te confesso que não sentia nada... Só sentia que o meu emprego não me fornecia grandes oportunidades e que jamais iria crescer lá dentro, então fui pedir demissão... Só depois, quando as contas começaram a acumular é que realmente fui me sentindo muito mal e muito culpada por ter largado o emprego e estranhamente comecei a sentir muita falta do meu colega de trabalho e muita raiva dele por ele ter gerado tudo isso....

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Esse breve trecho de entrevista evidencia muito bem o conceito de *luto inibido* e a sua respectiva tensão dialética com as *crises inexoráveis*.

Retomando:

- O conceito de *crises inexoráveis* reflete o funcionamento de pacientes com desregulação emocional ao "gerar" e ser controlado por eventos aversivos constantes;
- É fundamental diferenciar "gerar" eventos aversivos da ideia de intenção de fazer isso, para não acabar caindo na estratégia anti-DBT de "culpabilizar a vítima";
- O comportamento impulsivo acaba sendo utilizado por esses pacientes para regular a própria emoção. Contudo, ele acaba gerando mais crises emocionais;
- O conceito de *luto inibido* refere-se à tendência dos pacientes com TPB para evitar ou inibir as experiências e as expressões de emoções intensas e dolorosas por meio de mecanismos inibitórios;
- A formação de mecanismos inibitórios em pacientes com TPB tem uma profunda relação com o intenso histórico de perdas e/ou traumas que esses pacientes possuem;
- O processo de inibição emocional nesses pacientes acaba intensificando a desregulação emocional.

Princípios básicos da DBT

A DBT, em sua adequada formulação, envolve uma série de princípios para orientar terapeutas e pacientes na construção de um modelo de tratamento que seja realmente efetivo. Assim, é fundamental a prática da DBT por equipes, pois é responsabilidade da equipe de DBT manter os terapeutas dentro da DBT (Linehan, 2010a; Linehan, 2015a). Para a DBT, os terapeutas formam uma comunidade de terapeutas que atendem uma comunidade de pacientes. O significado implícito disso é extremamente profundo, uma vez que a responsabilidade por quaisquer casos atendidos dentro da equipe é sempre da equipe. Dessa forma, é fundamental que uma das preocupações de cada membro da equipe seja a vivência de todos os membros dos princípios da DBT no seu dia a dia.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Para que se possa entender a profundidade desse aspecto basta verificarmos que em uma equipe de DBT – caso algum paciente cometa suicídio –, se os terapeutas da equipe forem questionados se já tiveram alguma perda de paciente por suicídio, todos deverão responder "sim, já tive". Dessa forma, torna-se fundamental ter princípios bem claros que orientem os terapeutas a permanecer na comunidade de terapeutas da DBT. Assim, podem-se evidenciar oito princípios básicos, que são: (1) os pacientes estão fazendo o melhor que podem; (2) os pacientes querem melhorar; (3) os pacientes precisam fazer mais, tentar mais e ter mais motivação para mudar; (4) os pacientes podem não ter causado todos os seus problemas, mas devem resolvê-los de qualquer maneira; (5) a vida de um paciente suicida é insuportável da maneira como é vivida no momento; (6) os pacientes devem aprender novos comportamentos em todos os contextos relevantes; (7) os pacientes não podem falhar na terapia; e (8) os terapeutas que tratam pacientes com TPB necessitam de suporte (Linehan, 2010a).

Retomando:

- A DBT, para ser efetiva, deve ser trabalhada sempre por equipes de DBT;
- A equipe de DBT tem a função de garantir que todos os seus membros vivenciem a DBT em seu cotidiano e que estejam motivados a continuar o seu trabalho com a DBT;
- A DBT possui oito princípios básicos norteadores, que são: (1) os pacientes estão fazendo o melhor que podem; (2) os pacientes querem melhorar; (3) os pacientes precisam fazer mais, tentar mais e ter mais motivação para mudar; (4) os pacientes podem não ter causado todos os seus problemas, mas devem resolvê-los de qualquer maneira; (5) a vida de um paciente suicida é insuportável da maneira como é vivida no momento; (6) os pacientes devem aprender novos comportamentos em todos os contextos relevantes; (7) os pacientes não podem falhar na terapia; e (8) os terapeutas que tratam pacientes com TPB necessitam de suporte.

Dialéticas dos terapeutas – posturas dos terapeutas

Para trabalhar efetivamente com a DBT, os terapeutas necessitam de uma série de competências para lidar com pacientes com intensa desregulação emocional e com a natureza paradoxal que, muitas vezes, as

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

intervenções da DBT assumem. Dentro disso, é fundamental possuir um ponto de partida para orientar as ações do terapeuta ao longo do trabalho com os pacientes. Para isso, existem alguns conceitos-chave, que são: os dilemas dialéticos do TPB; os princípios básicos da DBT; e a hierarquia de metas prioritárias e secundárias da DBT (Linehan, 2010a; Linehan, 2015a).

Esses conceitos auxiliam o terapeuta sobre como ele deve se movimentar dentro das suas interações com os pacientes. Sendo a DBT um modelo terapêutico que tem como uma das suas principais caraterísticas o intenso "movimento" (elemento que evidencia bem a natureza dialética da DBT), cabe ao terapeuta saber gerar, lidar e/ou se deixar levar por esse "movimento" com sabedoria. A DBT, conforme Linehan já havia metaforizado, é muito similar a uma dança, na qual os terapeutas devem ter a habilidade de movimentar-se conforme o ritmo no qual a música está sendo tocada. Nesse ínterim, colocam-se as "dialéticas do terapeuta", ou seja, as posturas que os terapeutas devem aprender para transitar conforme a necessidade do caso no momento (Swales & Heard, 2009). A Figura 15.5 ilustra bem essas posturas.

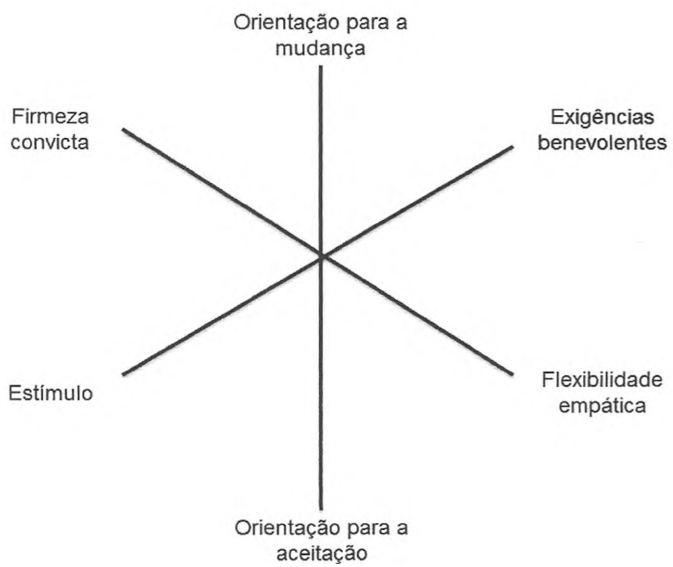


Figura 15.5 A dialética dos terapeutas – posturas dos terapeutas.
Fonte: Retirado de Linehan: Linehan, 2010a, p. 110.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Assim, a dialética fundamental na qual os terapeutas devem aprender a transitar é a orientação para a mudança *versus* a orientação para a aceitação. Esse é o paradoxo central da DBT. Em um dos polos dessa natureza paradoxal, encontraremos a necessidade dos terapeutas e dos pacientes em aceitarem radicalmente a relação terapêutica e o processo psicoterapêutico tal qual eles são no momento atual (Linehan, 2010a; Koerner, 2012), ou seja, esse tópico refere-se à ênfase dos terapeutas em conseguir perceber o "grão de sabedoria" e a bondade inerente ao momento presente, mergulhando nele sem julgamentos ou críticas. Já o outro polo desse paradoxo, refere-se à força motriz natural da vida, ou seja, a mudança. Isso reflete mais um princípio dialético profundo da DBT, pois, ao acreditar que a força natural é a mudança, coloca-se, de forma implícita, que esta é oriunda das influências recíprocas das relações. Assim, a formatação de uma relação terapêutica já seria a colocação de uma tensão dialética (tese *versus* antítese – paciente *versus* terapeuta), a qual naturalmente já levará a mudança por si só, tanto para pacientes, quanto para terapeutas (Linehan, 2010a; Koerner, 2012).

Contudo, quando se fala em orientação para a mudança na DBT, assume-se que o terapeuta se responsabiliza em direcionar a influência terapêutica para um caminho de mudança em favor de algum objetivo pré-estabelecido entre terapeuta e paciente. Esse processo possui natureza ativa e consciente e consiste na aplicação dos princípios de modificação comportamental sistematicamente. Se for analisada a epistemologia da DBT em profundidade, pode-se observar que ela representa uma síntese dialética entre duas escolas psicoterápicas polares: o comportamentalismo e o humanismo (Linehan, 2010a; Koerner, 2012).

Outro paradoxo no qual o terapeuta DBT deve aprender a "dançar" é o da postura de "firmeza convicta" *versus* "flexibilidade empática". Esse dilema dialético demonstra de forma muito oportuna a natureza estratégica das posturas que são adotadas pelos terapeutas dentro da DBT. O conceito de *firmeza convicta* refere-se à habilidade do terapeuta de acreditar em si, na terapia e no paciente, ou seja, reflete a habilidade de conseguir permanecer calmo em meio ao caos por conseguir visualizar as reais necessidades do paciente em longo prazo e por tolerar o sofrimento e a dor que o paciente demonstra em curto prazo. Contudo,

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

cabe salientar que quando se fala em *firmeza convicta* não está se falando em práticas terapêuticas arbitrárias e/ou rígidas, mas sim de um exato senso de localização dentro da relação e do processo terapêutico na DBT (Linehan, 2010a).

Já o conceito de *flexibilidade empática* refere-se à postura do terapeuta em ouvir atentamente o paciente alternando-a frente às novas informações que são trazidas, ou seja, o terapeuta deve desenvolver certa flexibilidade para conseguir abrir mão de determinado posicionamento que, anteriormente, era colocado de forma tenaz, para assim conseguir modificar os limites de um determinado problema, tentando verificar o que não foi percebido no problema em questão e tentando incluir esses elementos na conceituação do problema trabalhado. Dessa forma, quando se coloca o paradoxo entre a "firmeza convicta" *versus* "flexibilidade empática", assume-se que o terapeuta necessita, ao mesmo tempo, observar e estar atento aos limites no processo psicoterapêutico, além de modificar de forma flexível a sua postura, adaptando-se e sabendo "abrir mão" do seu plano, quando isso for necessário (Linehan, 2010a).

Por fim, o último dilema dialético no qual estão colocadas as posturas dos terapeutas é o do "estímulo" *versus* "exigências benevolentes". Nesse paradoxo, observa-se que a postura de *estímulo* está associada com a importância de o terapeuta ensinar, assistir, treinar, fortalecer e ajudar o paciente a "alimentar" suas próprias capacidades para aprender e mudar. Para conseguir executar essa postura, é necessário que o terapeuta possua três competências básicas que são: sensibilidade, empatia e disposição. A partir dessas competências, é possível estimular essas capacidades nos pacientes que são muito sensíveis e evitativos quanto ao próprio processamento emocional. Entretanto, essa postura deve ser equilibrada com a das *exigências benevolentes*, para que o terapeuta não acabe fornecendo ajudas desnecessárias e, consequentemente, reforçando a passividade-ativa.

Essa postura se caracteriza, ainda, pela habilidade do terapeuta em saber reconhecer as reais capacidades do paciente, em reforçar as estratégias adaptativas e o autocontrole, além da habilidade em recusar-se a cuidar do paciente quando este é capaz de fazer isso. Para tanto, é fundamental saber trabalhar e reconhecer as relações contingenciais que operam nos contextos dos pacientes. Dessa forma, essa natureza para-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

doxal está relacionada como o fato de o terapeuta conseguir, ao mesmo tempo, exercer uma postura mais firme e amparar o paciente, conforme a necessidade do momento (Linehan, 2010a).

Retomando:

- É fundamental que na DBT os terapeutas aprendam a transitar de maneira flexível e efetiva pelas dialéticas do terapeuta;
- As dialéticas do terapeuta envolvem três paradoxos específicos de atuação nos quais os terapeutas da DBT devem atuar. São eles: (1) Firmeza Convicta *versus* Flexibilidade Empática, (2) Orientação para a Mudança *versus* Orientação para a Aceitação e (3) Estímulo *versus* Exigências Benevolentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DBT possui uma base epistemológica e conceitual muito sólida que pode ser dividida em três grandes pilares: (1) a filosofia dialética, que explica a visão de mundo da DBT; (2) o comportamentalismo, que embasa todos os processos de mudança utilizados na DBT; e (3) o Zen, que está associado às estratégias de aceitação utilizadas na DBT. Além disso, a DBT possui um modelo teórico extremamente sólido e embasado em evidências empíricas para o entendimento da desregulação emocional (o seu maior foco de intervenção), que é a TB (Linehan, 2010a; Swales & Heard, 2009).

Contudo, o entendimento dessas bases coloca dúvidas sobre o que existe de similar e o que há de diferente entre a DBT e a TCC padrão? A resposta para essa questão só pode ser obtida após uma cuidadosa análise do contexto histórico da criação da DBT, que ocorreu quando Linehan estava tentando aplicar a TCC padrão para pacientes mulheres cronicamente suicidas e com AMNL. Linehan percebeu que as técnicas da TCC, por focarem demasiadamente a mudança, acabavam sendo percebidas pelas pacientes como invalidações. Nesse sentido, Linehan começou a estruturar a sua abordagem, sendo realmente muito distinta da TCC padrão. A maior diferença que podemos encontrar é

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

que a DBT não acredita no caminho da modificação do conteúdo do pensamento como a fonte primária de mudança em seus pacientes (Linehan, 2010a; Hayes, Folette, Linehan, 2011).

Assim, a mudança dentro da DBT é obtida a partir da interação entre terapeuta e paciente nos processos de solução de problemas sustentados por um entendimento dialético do paciente, do terapeuta e da relação terapêutica. Nesse sentido, emergem os principais dilemas dialéticos dos pacientes, que fornecerão as bases para o entendimento adequado de como comportamentos aparentemente sem relação, na verdade, representam os dois polos do mesmo *continuum*. Em decorrência disso, será possível observar as dialéticas do terapeuta que evidenciarão os caminhos pelos quais os terapeutas deverão aprender a transitar para conseguir responder efetivamente às demandas terapêuticas que seus pacientes possuem.

Por fim, o presente capítulo objetivou fornecer um panorama histórico e conceitual da DBT. Espera-se que a leitura deste texto possa trazer clareza sobre os princípios norteadores da DBT, assim como dos modelos teóricos que a embasam, desde o entendimento dos pacientes até o entendimento de como devem ser as posturas dos terapeutas.

REFERÊNCIAS

Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K., & Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *37*(1), 37-42.

Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2012). Weekly therapist ratings of the therapeutic relationship and patient introject during the course of dialectical behavior therapy for the treatment of borderline personality disorder. *Psychotherapy*, *49*(2), 231-40.

Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artmed.

Behavioral Tech (2015). *What is DBT*. Recuperado em 29 de novembro, 2015, http://behavioraltech.org/resources/whatisdbt.cfm.

Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel , C., et al. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 487-99.

Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C. (2013). Dialectical behavior therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *82*(4), 221-33.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Dimeff, L. A. & Koerner, K. (2007) *Dialectical behavior therapy in clinical practice*: applications across disorders and settings. New York: Guilford Press.

Hayes, S. C., Follette, V, M., & Linehan, M. M. (2011). *Mindfulness and acceptance*: Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York: Guilford Press.

Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy*: A practical guide. New York: Guilford Press.

Koons, C. R., Robins, C. J., Lindsey Tweed, J., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J., et al., (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 32*(2), 371-90.

Lieb, K., Zanirini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M., & Bohus, M. (2004). Borderline Personality Disorder. *Lancet, 364*, 453-61.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 48*, 1060-4.

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 50*(12), 971-4.

Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry, 151*(12), 1771-5.

Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions, 8*(4), 279-92.

Linehan, M. M. (2010a). *Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno da personalidade borderline*. Porto Alegre: Artmed.

Linehan, M. M. (2010b). *Vencendo o transtorno da personalidade borderline com a terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.

Linehan, M. M. (2015a). *DBT skills training manual*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (2015b). *DBT skills training handouts and worksheets*. New York: Guilford Press.

Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press.

Porr, V. (2010). *Overcoming borderline personality disorder*: A family guide for healing and change. New York: Oxford University Press.

Souza, R. F. O que é um estudo clínico randomizado? *Medicina, 42*(1), 3-8.

Swales, M. A. & Heard, H. L. (2009). *Dialectical behavior therapy*. New York: Routledge.

Swales, M. A. (2009). Dialectical behavior therapy: Description, research and future directions. *Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 5*(2), 164-77.

Van den Bosch, L., Verheul, R., Schippers, G. M., & Van den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems: Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors, 27*(6), 911-23.

Verhuel, R., Van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., de Ridder, M. A., Stijnen, T., & Van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12 month, randomized clinical trial in the Netherlands. *British Journal of Psychiatry, 182*(2), 135-40.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

16 Terapia Comportamental Dialética: Estrutura e Estratégias de Tratamento

Cristina Würdig Sayago e Vinícius Guimarães Dornelles

Aprendendo a construir uma vida que valha a pena ser vivida.

Linehan (2010a, p. 102)

INTRODUÇÃO

O presente capítulo tem por objetivo apresentar a estrutura geral do tratamento em Terapia Comportamental Dialética (*Dialectical Behavioral Therapy* – DBT), bem como as estratégias terapêuticas que permeiam essa abordagem, desenvolvida inicialmente para lidar com pacientes com Transtorno da Personalidade Borderline (TPB) cronicamente suicidas e com automutilações não letais (AMNL), mas que, hoje em dia, estende-se ao tratamento de diversas problemáticas clínicas (Linehan, 2015a). Assim, este texto abordará diversos elementos referentes à estruturação do tratamento e de suas técnicas, além de discorrer sobre quando as suas técnicas são utilizadas, quais são os seus objetivos e que elementos teóricos fundamentam cada uma delas.

Para tanto, serão abordados tópicos como: as primeiras quatro consultas na DBT, os modos de tratamento, a equipe e as funções da equipe de DBT e os protocolos especiais para lidar com crises suicidas, de AMNL e de comportamentos que interferem na terapia. Após, fun-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

damentaremos toda a parte de intervenção e aplicação de estratégias terapêuticas específicas para a DBT.

Assim, este texto fornecerá uma base prática fundamentada sobre os principais elementos da DBT, além de *quando* e *como* devem ser utilizados. Espera-se que o leitor compreenda que a DBT não pode ser utilizada de forma tecnicista, pois não é uma abordagem baseada em protocolos, mas sim uma abordagem baseada em princípios. Dessa forma, a correta aplicação do tratamento da DBT requer um profundo conhecimento das bases que fundamentam cada uma de suas intervenções (Swales & Heard, 2009).

ESTRUTURA DO TRATAMENTO

Por ser uma abordagem psicoterapêutica complexa e organizada, a DBT requer certa estruturação para que seja desenvolvida adequadamente e de forma efetiva. Para tanto, conta com uma série de elementos norteadores para a correta estruturação do tratamento. Essa é uma das grandes virtudes da DBT, pois trata-se de um modelo terapêutico dinâmico caracterizado por uma intensa "movimentação" entre terapeutas e pacientes. A DBT é altamente estruturada e organizada, permitindo que tanto terapeutas quanto pacientes consigam se manter flexíveis às novas demandas que surgem no ambiente. Contudo, mantém o foco do tratamento tanto nos objetivos específicos – e no trabalho adequado para reduzir comportamentos que interfiram nesses objetivos – quanto no aumento de comportamentos que aproximem o paciente desses objetivos. Assim, pode-se colocar que a DBT é muito similar à navegação de um navio, que tem de se adaptar às condições climáticas, mas que sempre está posicionado – ou desenvolvendo uma nova rota para se posicionar – conforme o seu GPS orienta para chegar ao ponto específico objetivado.

Existem funções necessárias para que esse processo de "navegação" de fato funcione. Assim, a DBT se organiza em cinco funções básicas, sendo elas: (1) melhorar a motivação; (2) melhorar as capacidades; (3) garantir a generalização; (4) melhorar o ambiente; e (5) manter as ha-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

bilidades e a motivação dos provedores do tratamento. A atenção contínua em manter e atingir essas cinco funções de tratamento é proveniente da estrutura adequada da DBT, uma vez que a DBT é organizada em torno dessas funções (Linehan, 2015a).

Retomando:

- A DBT é um tratamento flexível que se adapta às mudanças que ocorrem no ambiente, mas sem perder de vista o seu norteador central;
- A DBT possui cinco funções específicas: (1) melhorar a motivação; (2) melhorar as capacidades; (3) garantir a generalização; (4) melhorar o ambiente; e (5) manter as habilidades e a motivação dos provedores do tratamento.

DBT, uma proposta modular de tratamento

A proposta modular da DBT é de fundamental importância para a prática realmente efetiva. Conforme já mencionado neste capítulo, a DBT deve ser desenvolvida a partir de equipes de DBT, para que seja possível disponibilizar aos pacientes todos os modos de tratamento previstos para a condução de um processo psicoterapêutico realmente efetivo. Infelizmente, este capítulo não poderá abordar como ocorre a formação de uma equipe de DBT, quais são os requisitos necessários para essa formação e como são realizadas as reuniões da equipe, tendo em vista o foco de trabalho deste texto. Contudo essas informações podem ser encontradas nas seguintes referências: Linehan, 2010a; Linehan 2010b; Linehan, 2015a; e Linehan, 2015b.

A divisão da DBT em modos está alicerçada na percepção de Linehan sobre a impossibilidade de um único terapeuta conseguir realizar todas as intervenções necessárias na psicoterapia individual, bem como treinar e generalizar novas habilidades conseguindo transitar sempre de forma altamente competente pelas posturas e princípios da DBT. Assim, a construção de uma equipe de DBT representa mais uma função de vital importância para a prática correta dessa abordagem, que visa à implementação de uma comunidade de terapeutas para atender

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

uma comunidade de pacientes. A equipe de DBT se responsabiliza por orientar e auxiliar todos os seus terapeutas a fim de que vivenciem a DBT em seu dia a dia, para que, assim, seja possível exercer essa mesma função com os pacientes (Linehan, 2015a).

Retomando:

- Para dar conta de todas as suas funções de tratamento, a DBT se organiza em diferentes modos de tratamento: (1) Psicoterapia individual, (2) Grupoterapia de habilidades, (3) Consultoria por telefone e (4) Consultoria para os terapeutas.
- A divisão dos modos de tratamento foi proposta por Linehan após perceber que era extremamente difícil somente o terapeuta individual conseguir dar conta de reduzir os comportamentos que necessitam ser reduzidos e, ao mesmo tempo, aumentar e generalizar as habilidades dos pacientes com desregulação emocional.

Terapia individual

A psicoterapia individual possui uma função central dentro da DBT. Isso é tão relevante que, quando se fala de um caso específico na reunião de consultoria da equipe de DBT, é responsabilidade do terapeuta individual apresentar a formulação do caso do paciente em questão. Além disso, o terapeuta individual é o principal responsável pelo *coaching* telefônico entre as sessões. Na DBT, o coordenador de todo o tratamento do paciente é o terapeuta individual, ou seja, ele é o responsável pela comunicação e pela orientação de todos os modos de tratamento. Contudo, é importante não confundir a ideia de responsabilidade com a de que o terapeuta faça sempre essas comunicações, tendo em vista que, na DBT, treinam-se os pacientes para que eles sejam os agentes ativos na comunicação do seu tratamento, garantindo, assim, que o paciente possa se responsabilizar pelo seu próprio atendimento (Koerner, 2012).

Não obstante a isso, cabe ao psicoterapeuta individual todo o planejamento do tratamento, a observação e o apontamento do avanço – ou não – em direção aos objetivos terapêuticos construídos, além de

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

auxiliar os pacientes na integração ou no descarte das novas aprendizagens advindas dos outros modos de tratamento. Assim, ao analisar as cinco funções do tratamento, podemos afirmar que o terapeuta individual possui muitas responsabilidades no processo de atingir e manter essas funções. Observa-se que o terapeuta individual possui responsabilidades nas seguintes funções: (1) melhorar a motivação; (2) melhorar as capacidades; (3) garantir a generalização; e (4) melhorar o ambiente. Contudo, é importante salientar que o terapeuta individual não possui essas responsabilidades sozinho, sendo que outros modos de tratamento também contribuem para essas funções (Linehan, 2010a).

Retomando:

- O terapeuta individual na DBT funciona como o coordenador do tratamento do paciente. Ele é quem organiza toda a estrutura para que os modos de tratamento estejam afinados para oferecer uma terapia efetiva ao paciente;
- Os pacientes na DBT são treinados pelo terapeuta individual para que façam a comunicação com os terapeutas dos diferentes modos de tratamento;
- O psicoterapeuta individual planeja todo o tratamento, define e atualiza os objetivos da terapia e avalia o avanço ou não dentro das metas estipuladas por paciente e terapeuta.

Grupo de habilidades da DBT

A DBT possui um modo de tratamento específico para ensinar as habilidades necessárias para que os pacientes possam lidar de forma mais efetiva com os seus desafios diários. A premissa subjacente a isso é a de que, em grande parte dos problemas vivenciados por pacientes com TPB, existe um déficit no aprendizado de estratégias realmente efetivas para enfrentar essas situações. Além disso, a introdução do grupo de habilidades também se deve à percepção por parte de Linehan de que os pacientes com TPB possuem múltiplos problemas complexos e que, em consequência disso, era impossível para o terapeuta individual analisar as situações-problema, trabalhar estratégias específicas para cada situa-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ção e ainda ensinar as habilidades gerais necessárias para esses pacientes (Koerner, 2012).

Para responder a essa questão, Linehan desenvolveu um modo de tratamento que consistia em um grupo para o treinamento específico dessas habilidades. Assim, Linehan construiu a primeira versão do manual de habilidades, publicada em 1993 (Linehan, 2010b). A proposta do grupo de habilidades foi a de um grupo com quatro habilidades fundamentais: (1) *Mindfulness*; (2) Efetividade interpessoal; (3) Regulação emocional; e (4) Tolerância ao mal-estar.

Um ponto fundamental do grupo de habilidades da DBT é que ele está fundamentado dentro da DBT. Embora isso pareça óbvio, as repercussões são muito importantes para o adequado e completo entendimento da DBT. Para isso, cabe lembrar que a principal dialética presente na DBT é o equilíbrio entre a orientação para a aceitação e a orientação para a mudança. Assim, todas as intervenções dentro da DBT, sejam elas individuais ou em grupo, estarão postadas na aceitação, na mudança ou, ainda, garantindo o equilíbrio dialético. Na Figura 16.1, observa-se a disposição das habilidades que fazem parte do grupo de habilidades dentro dessa dialética fundamental (Linehan, 2015a).

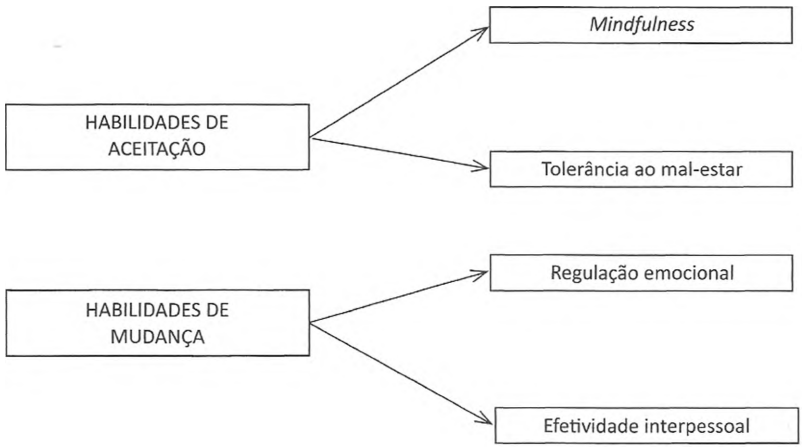


Figura 16.1 Representação do grupo de habilidades conforme a dialética fundamental da DBT.
Fonte: Retirada de Linehan, 2015a, p. 14.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

É importante deixar claro que o grupo de habilidades da DBT não funciona como um grupo terapêutico comum, mas como se fossem aulas das habilidades, não dando muito espaço para que se fale de situações muito particulares em cada sessão. Em geral, as sessões são semanais, com cerca de 2 horas de duração, com temas pré-definidos e com tarefas entre as sessões do grupo (Linehan, 2010b, Linehan, 2015a). O formato é o de um grupo aberto, porém os pacientes não podem entrar a qualquer momento no grupo, sendo que um novo integrante só pode entrar na 1ª sessão de *mindfulness*. Para tanto, o grupo de habilidades funciona como se fosse um ônibus de linha que passa por muitas paradas, sendo organizado de forma contínua, sempre intercalando *mindfulness* entre as demais habilidades, como pode ser visto em um exemplo de organização de grupo para um ano (*mindfulness* – efetividade interpessoal – *mindfulness* – regulação emocional – *mindfulness* – tolerância ao mal-estar – *mindfulness*).

Retomando:

- O grupo de habilidades da DBT não é um grupo terapêutico em que os pacientes expressam livremente as suas experiências. O grupo promove encontros para treinar efetivamente habilidades, com formato similar a uma aula;
- O grupo desenvolve quatro habilidades que a DBT considera fundamentais para o trabalho com o TPB: (1) *Mindfulness*, (2) Efetividade Interpessoal, (3) Regulação Emocional e (4) Tolerância ao Mal-estar;
- Dentro da dialética fundamental da DBT, podemos ver que as habilidades de *Mindfulness* e de Tolerância ao mal-estar representam o polo da aceitação, enquanto as de Regulação emocional e de Efetividade interpessoal, o polo da mudança.

Acréscimos recentes de estratégias terapêuticas no grupo de habilidades da DBT

Cabe salientar que as habilidades trabalhadas no grupo na DBT sofreram acréscimos importantes ao longo do último ano. Diversas novas estratégias terapêuticas foram acrescentadas às que já eram comu-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

mente utilizadas nos grupos de habilidades de DBT. Essas alterações foram tão importantes que Linehan precisou fazer uma nova edição de seu manual de habilidades. As principais modificações feitas nessa nova edição (Linehan, 2015a, Linehan, 2015b) foram:

1) Nas habilidades de *mindfulness*, foram incorporadas as práticas de *mindfulness* dos pensamentos, das emoções, além de práticas de *mindfulness* com perspectivas mais espirituais;

2) Nas habilidades de efetividade interpessoal, Linehan acrescentou duas novas seções, uma de habilidades para encontrar e construir relacionamentos e outra para acabar com relacionamentos destrutivos – esta focando no balanceamento entre a aceitação e a mudança nos relacionamentos interpessoais;

3) Nas habilidades de regulação emocional ocorreram as maiores modificações devido à necessidade de uma reorganização desse módulo. Para começar, foram acrescentadas quatro novas emoções (nojo, inveja, ciúme e culpa) na seção do módulo que descreve em detalhes cada emoção, aumentando, assim, de seis para 10 emoções descritas em detalhes. Na seção de modificação emocional, foram incluídas duas novas estratégias: solução de problemas e verificação dos fatos. Outra modificação foi a ampla expansão e atualização das estratégias de ação oposta. Em relação à redução da vulnerabilidade emocional, as habilidades foram reorganizadas em uma nova seção denominada "ABC PLEASE" (acrônimo para: Acumular emoções positivas; *Build*/construir maestria; Comportar-se lidando antes do tempo com as situações emocionais; e *Please*/Por favor tome cuidado com a sua mente tomando conta do seu corpo). Na seção de gerar emocionalidade positiva, Linehan reorganizou a Lista de Eventos Prazerosos (*Pleasant Events List*) para que fosse aplicável tanto para adolescentes quanto para adultos. Linehan incluiu, também, uma ficha com uma lista de valores e prioridades universais. Outra nova habilidade que foi incorporada nesse módulo de habilidades foi a de *coping por antecipação*, focando o desenvolvimento de habilidades de antecipadamente praticar estratégias para lidar com situações difíceis. Além disso, Linehan inseriu um protocolo sobre higiene do sono e prevenção contra pesadelos. Por fim, foi inserida uma nova seção para auxiliar os pacientes no reconhecimento de emoções extremas, in-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

cluindo um passo a passo para utilizar as estratégias de sobrevivência a crises visando manejar essas emoções;

4) Nas habilidades de tolerância ao mal-estar, foi inserida a estratégia "STOP" – pare, dê um passo para trás, observe e proceda em *mindfulness* (em inglês, ***Stop, Take a step back, Observe e Proceed mindfully***). Já nas habilidades de sobrevivência a crises, foram incluídas as chamadas habilidades "TIP", que têm por objetivo a modificação da fisiologia corporal para rapidamente regular emoções extremas. Por fim, foi introduzida uma série de novas habilidades para lidar com comportamentos aditivos.

Dessa forma, pode-se observar que Linehan promoveu uma reformulação global do manual de habilidades da DBT. A lista completa das habilidades ensinadas no grupo da DBT é apresentada na tabela a seguir.

Tabela 16.1 Lista das habilidades da DBT por módulos*

1. Habilidades de *Mindfulness*

- 1.1 Habilidades Centrais de *Mindfulness*
  - 1.1.1 "Mente Sábia"
  - 1.1.2 Habilidades de "o que fazer" (observar, descrever, praticar)
  - 1.1.3 Habilidades de "como fazer"
- 1.2 Outras perspectivas em *Mindfulness*
  - 1.2.1 Práticas de *Mindfulness*: uma perspectiva espiritual (incluindo "mente sábia" e praticando bondade amorosa)
  - 1.2.2 Métodos habilidosos: equilibrando a "mente do ser" e a "mente do fazer"
  - 1.2.3 "Mente Sábia": Caminho do Meio

2. Habilidades de Efetividade Interpessoal

- 2.1 Alcançando objetivos de forma habilidosa
  - 2.1.1 Estabelecendo prioridades
  - 2.1.2 Objetivos efetivos
    - 2.1.2.1 "DEAR MAN"
  - 2.1.3 Efetividade nos relacionamentos
    - 2.1.3.1 "GIVE"
  - 2.1.4 Efetividade quanto ao autorrespeito
    - 2.1.4.1 "FAST"

3. Habilidades de regulação emocional

- 3.1 Entendendo e nomeando as emoções
- 3.2 Modificando as respostas emocionais
  - 3.2.1 Verificando os fatos
  - 3.2.2 Ação oposta
  - 3.2.3 Solução de problemas
- 3.3 Reduzindo vulnerabilidade à mente emocional
  - 3.3.1 "ABC PLEASE"
- 3.4 Manejando emoções realmente difíceis
  - 3.4.1 *Mindfulness* das emoções atuais
  - 3.4.2 Manejando emoções extremas

4. Habilidades de tolerância ao mal-estar

- 4.1 Habilidades de sobrevivência a crises
  - 4.1.1 Prós e contras
  - 4.1.3 "TIP" modificando a fisiologia corporal
  - 4.1.4 Distração com "mente sábia" "ACCEPTS"
  - 4.1.5 Acalmando-se com os sentidos
  - 4.1.6 Melhorando o momento
- 4.2 Habilidades de aceitação radical
  - 4.2.1 Aceitação radical
  - 4.2.2 Transformando a mente
  - 4.2.3 Boa vontade

continua

* Disponível em www.sinopsyseditora.com.br/fortctg.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Tabela 16.1 *Continuação*

2. Habilidades de Efetividade Interpessoal	4. Habilidades de tolerância ao mal-estar
2.1.5 Calculando a intensidade de pedir algo ou de dizer não para algum pedido	4.2.4 Meio sorriso
2.2 Habilidades suplementares de efetividade interpessoal	4.2.5 Mãos dispostas
2.2.1 Construindo relacionamentos e acabando com relacionamentos destrutivos	4.2.6 *Mindfulness* dos pensamentos atuais
2.2.1.1 Habilidades para encontrar novos amigos em potencial	4.3 Habilidades suplementares de tolerância ao mal-estar para comportamentos aditivos
2.2.1.2 *Mindfulness* dos outros	4.3.1 Dialética da abstinência
2.2.1.3 Como acabar com relacionamentos	4.3.2 "Mente limpa"
2.2.2 Habilidades de caminho do meio	4.3.3 Reforçamento comunitário
2.3 Dialéticas	4.3.4 Destruindo pontes e construindo novas
2.4 Validação	4.3.5 Rebelião alternativa e negação adaptativa
2.5 Estratégias de modificação comportamental	

Fonte: Os autores.

Consultoria de caso da equipe de DBT

A consultoria de caso da equipe de DBT é considerada por Linehan como a peça mais importante dentre todos os modos de tratamento. É justamente esse modo que garante que na DBT exista uma comunidade de terapeutas que atenda uma comunidade de pacientes. Assim, a função da consultoria de caso da equipe de DBT é prover condições técnicas e motivação para a equipe de DBT. Para tanto, é necessário que exista uma clara organização de papéis exercidos e de pauta dessas reuniões de consultoria (Swales & Heard, 2009).

As reuniões de consultoria de caso da equipe de DBT sempre iniciam com uma prática de *mindfulness*, seguida pela leitura dos comprometimentos dos terapeutas da DBT, para então iniciar a supervisão dos casos que estão sendo atendidos pela equipe. O compromisso central dos terapeutas é ter uma postura não julgadora e validante com relação aos casos em si e às manifestações dos membros da equipe, assim como utilizar procedimentos de solução de problemas para qualquer situação problemática que ocorra na equipe (Swales & Heard, 2009).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- A consultoria de caso é o modo mais importante da DBT;
- A função desse modo é garantir que a equipe seja uma comunidade de terapeutas atendendo uma comunidade de pacientes;
- Outra função da consultoria de caso é fornecer condições técnicas e motivação para os seus terapeutas desempenharem bem a DBT;
- A reunião de consultoria de caso exige que sejam exercidos papéis específicos para sua organização: (1) o coordenador da reunião, (2) o observador, (3) o anotador e (4) o responsável pela prática de *mindfulness*.

Consultoria por telefones

As consultorias por telefone têm uma função crucial para a DBT. Elas são responsáveis pela generalização das estratégias aprendidas na terapia para o ambiente natural do paciente. As ligações telefônicas na DBT servem para: fornecer *coaching* ao paciente sobre alguma habilidade específica; intervir em crises; reforçar ou fortalecer algum ganho terapêutico; ou promover uma maior proximidade na relação terapêutica. Cabe salientar que as ligações telefônicas devem obedecer aos limites pessoais do terapeuta. Além disso, existe uma regra com relação a essas ligações para quando são feitas em momentos de crises, que é a regra das 24 horas. Após o manejo bem-sucedido de uma crise por telefone, terapeuta e paciente concordam em não entrar em contato telefônico novamente por 24 horas, para que o paciente possa generalizar as habilidades trabalhadas durante a ligação telefônica (Linehan, 2010a).

É importante destacar que as ligações não possuem o mesmo sentido de uma sessão de tratamento. Elas devem durar em torno de 15 minutos e enfocar o que está acontecendo, como o paciente está se sentindo (sentimentos, fisiologia, pensamentos e impulsos de ação). Além disso, deve ser escolhido um grupamento de habilidades para serem aplicadas e avaliadas em sua efetividade (Swales & Heard, 2009).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- A consultoria por telefone tem por objetivo generalizar as estratégias aprendidas na terapia para o ambiente natural do paciente;
- As ligações na DBT ocorrem para o *coaching* de alguma habilidade específica, para intervenção em situações de crise, para reforçar ou fortalecer algum ganho terapêutico ou para promover uma maior aproximação da relação terapêutica;
- É crucial que os terapeutas observem os seus limites pessoais com as ligações telefônicas.

Hierarquia de metas prioritárias e secundárias

A DBT possui metas comportamentais primárias e secundárias que guiam o tratamento. Dentro das *metas comportamentais primárias* existe uma hierarquia que norteia o terapeuta em sua intervenção.

Quadro 16.1 Metas comportamentais primárias da DBT*

(1) **Primeira meta:** reduzir comportamentos suicidas. A ideia central é que não é possível fazer o tratamento com o paciente morto, então o objetivo principal do tratamento deve ser manter o paciente vivo.
(2) **Segunda meta:** reduzir comportamentos que interferem na terapia. Essa meta envolve tanto os comportamentos do paciente como os do terapeuta, e o pressuposto principal é que se não houver um envolvimento/comprometimento com os objetivos e com as tarefas do tratamento de ambas as partes, o paciente não irá se beneficiar.
(3) **Terceira meta:** reduzir comportamentos que interferem na qualidade de vida, como abuso de substâncias, comportamento sexual de risco ou sem proteção, dificuldades financeiras extremas, comportamentos criminosos, entre outros. Essa meta está vinculada à ideia de que os benefícios terapêuticos estão relacionados a uma vida estruturada.
(4) **Quarta meta:** promover habilidades comportamentais, isto é, reduzir déficits comportamentais dos pacientes e promover o aprendizado de novos comportamentos. Entre essas habilidades, encontram-se: habilidades de atenção plena (*mindfulness*), habilidades de tolerância ao estresse, habilidades de regulação emocional, habilidades de efetividade interpessoal e habilidades de autocontrole.
(5) **Quinta meta:** reduzir comportamentos relacionados ao estresse pós-traumático. A meta é que o paciente aceite que o trauma ocorreu, e que ocorra uma redução de aspectos relacionados ao trauma como estigmatização, autoinvalidação e culpa.
(6) **Sexta meta:** aumentar o respeito pelo *self*, ou seja, aumentar a capacidade de confiar em suas autoavaliações, valorizar-se e validar-se.

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Linehan (2010a).

* Disponível em www.sinopsyseditora.com.br/fortctg.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

As *metas secundárias* envolvem a promoção da modulação emocional, da autovalidação, da tomada de decisões e de juízos realistas, associada à redução de comportamentos que levam a crises, à promoção da experiência emocional e da solução ativa dos problemas, à expressão precisa das emoções e à redução da dependência dos comportamentos com o humor (Linehan, 2010a).

Estágios do tratamento

As metas de tratamento em DBT podem ser agrupadas em fases, que não são cronológicas, mas sim circulares, ou seja, os estágios de terapia não são fixos e com tempo determinado.

Quadro 16.2 Estágios de tratamento na DBT

O **Estágio de pré-tratamento** é o período de orientação e comprometimento em que paciente e terapeuta trabalham juntos para encontrar os objetivos do tratamento. Nesse estágio, ocorre a entrevista diagnóstica e de avaliação e a busca do histórico com o paciente.
O **Estágio 1** envolve adquirir capacidades básicas, isto é, lidar com os comportamentos suicidas, os comportamentos que interferem na terapia e na qualidade de vida e os déficits de habilidades comportamentais.
O **Estágio 2** refere-se à redução do estresse pós-traumático. Essa fase só inicia depois que os comportamentos-problema, que eram foco, estiverem controlados. O foco nesse estágio é o trabalho direto com o estresse pós-traumático. O momento de abordar esse tema deve ser muito bem avaliado, pois alguns pacientes podem não conseguir lidar com a exposição aos eventos traumáticos, tornando-se suicidas, o que inviabiliza o trabalho até que o paciente tenha a capacidade de abordar o assunto com êxito.
O **Estágio 3** está relacionado à promoção do autorrespeito e ao alcance dos objetivos individuais. É nessa fase que o paciente já possui capacidade de validar suas emoções e pensamentos, confia em si e respeita-se.
Por fim, o **Estágio 4** envolve a busca da transcendência espiritual do paciente.

Fonte: Linehan (2010a).

Apesar de os estágios de tratamento serem muito bem definidos e com aspectos específicos a serem trabalhados, cabe salientar que eles são naturalmente dialéticos. Os estágios de tratamento podem variar dentro de uma mesma sessão e não dizem respeito, necessariamente, ao momento da terapia no qual o paciente se encontra, mas sim a quais estratégias devem ser utilizadas no atual momento do tratamento (Linehan, 2010a; Dimeff & Koerner, 2007).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Estratégias de tratamento

Na DBT, as diferentes estratégias de tratamento sempre estarão inseridas dentro da dialética fundamental da própria DBT, ou seja, as estratégias estarão dispostas como ferramentas vinculadas à aceitação ou à mudança. Contudo, existe um terceiro grupo de estratégias terapêuticas que possui a função de manter o movimento entre as estratégias de aceitação e as de mudança, que são as estratégias dialéticas. Embora esse terceiro grupo tenha um foco mais destinado à mudança, sua disposição básica é garantir o movimento e o balanço nessa tensão dialética. Na Tabela 16.2, pode-se observar uma visão global dessas estratégias.

Tabela 16.2 Organização das Estratégias Terapêuticas da DBT

Estratégias de Aceitação	Estratégias Dialéticas	Estratégias de Mudança
1 Comunicação Recíproca	1 Pressupostos e posturas dialéticas	1 Análise em cadeia
2 Validação	2 Equilíbrio dialético	2 Análise de tarefa
2.1 Nível 1	2.1 Estratégias de mudança e validação	3 Análise de soluções
2.2 Nível 2	2.2 Estratégias estilísticas	4 Treino de habilidades
2.3 Nível 3	2.3 Estratégias de manejo de caso	5 Automonitoramento: cartão diário da DBT
2.4 Nível 4	3 Estratégias dialéticas específicas	6 Exposição
2.5 Nível 5	3.1 Avaliação dialética	7 Manejo de contingências
2.6 Nível 6	3.2 Paradoxo	8 Modificação cognitiva
	3.3 Metáforas	9 Estratégias didáticas
	3.4 Advogado do diabo	10 Orientação
	3.5 Ativando a mente sábia	11 Estratégias de comprometimento
	3.6 Fazendo dos limões uma limonada	11.1 Prós e contras
	3.7 Permitir mudanças naturais	11.2 Pé na porta
		11.3 Porta na cara
		11.4 Liberdade de escolha/ausência de alternativas
		11.5 Ligando comprometimentos antigos com novos comprometimentos
		11.6 Advogado do diabo
		11.7 Modelagem

Fonte: Adaptada de Koerner (2012, p. 21).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Embora a Tabela 16.2 seja altamente didática e ofereça uma visão global das estratégias terapêuticas da DBT, nunca se deve esquecer a natureza dialética da DBT. Isso é de suma importância, uma vez que as estratégias da DBT não são estanques – assim como a DBT em si –, e as estratégias terapêuticas estão em constante movimento (Linehan, 2010a).

Assim, uma estratégia que, em princípio, seja classificada como de mudança pode ser utilizada para fins de aceitação e vice-versa (Koerner, 2012; Dimeff & Koerner, 2007). Na verdade, as estratégias terapêuticas da DBT não são passíveis de serem aplicadas separadamente ou em conjunto, mas sim em paralelo. As estratégias da DBT podem ser fundidas e, assim, formar novas estratégias terapêuticas – de acordo com o contexto no qual se esteja trabalhando. Para a melhor compreensão desse aspecto, pode-se pensar, em um sentido metafórico, que as estratégias terapêuticas da DBT são similares a uma paleta de cores na mão de um pintor: ele pode utilizar as cores separadamente ou, ainda, misturá-las para formar novas cores. Essa é a essência das estratégias terapêuticas dentro da DBT e, por isso, elas estão sempre em constante movimento e, mesmo que tenham uma classificação *a priori*, podem ser usadas para outros fins, conforme o contexto em que estejam sendo utilizadas.

Estratégias centrais

As estratégias centrais da DBT não possuem essa nomeação por acaso. Elas possuem essa denominação por, de fato, serem o centro das intervenções dentro da DBT. São justamente essas estratégias que regem as tensões dialéticas entre a aceitação e a mudança. Pode-se colocar, inclusive, que as demais estratégias da DBT ocorrem ao longo do perímetro das estratégias centrais, ou seja, as demais estratégias terapêuticas da DBT servem para manter o equilíbrio das estratégias centrais vinculadas à aceitação e à mudança (Linehan, 2010a).

Conforme observado no parágrafo anterior, as estratégias centrais são divididas em dois grupamentos, um vinculado à aceitação (estratégias de validação), e outro direcionado para a mudança (estratégias de solução de problemas). Assim, a maior parte do trabalho de um terapeuta dentro da DBT é utilizar esses dois grupamentos de estratégias.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Esse fato é tão notório que existe uma brincadeira muito comum feita entre os terapeutas da DBT de que validação e análise em cadeia são 80% de toda a DBT. Por mais que isso seja dito de uma forma descontraída, ilustra muito bem a prática da DBT.

Retomando:

- As estratégias centrais referem-se às estratégias que são o centro das intervenções na DBT e representam a dialética fundamental da DBT: Aceitação *versus* Mudança;
- As estratégias centrais dividem-se em Validação (aceitação) e Solução de Problemas (mudança).

Validação

É notório que, conforme discutido anteriormente, a validação seja uma das estratégias mais utilizadas dentro da DBT. Sua adequada aplicação é vital para a condução efetiva da DBT. Pode-se afirmar, inclusive, que essa é, de fato, a estratégia mais utilizada ao longo de toda a DBT. Contudo, é fundamental saber que essa estratégia na DBT é costumeiramente utilizada em conjunto com as estratégias de mudança (Dimeff & Koerner, 2007).

Outro aspecto de fundamental compreensão é que a essência das estratégias de validação não refere-se somente ao fato de comunicar empaticamente que o terapeuta entende o paciente. A validação vai muito além, pois se propõe a comunicar para o paciente o que existe de válido em seus pensamentos, emoções e comportamentos. Aliás, a validação não tem sua aplicação exclusivamente aos pacientes dentro da DBT. As equipes de DBT, durante as suas consultorias de supervisão, são treinadas e reforçadas a falar sobre os pacientes, sobre si e sobre os colegas, sempre de forma validante. Tanto que, quando ocorre algum comentário invalidante dentro da consultoria de supervisão, é de responsabilidade do observador da equipe tocar o Orin[1] para que a pessoa possa reformular o que foi dito, fazendo com que sua fala invalidante passe a ser validante (Dimeff & Koerner, 2007).

[1] Orin refere-se a um sino budista que se assemelha a uma cumbuca, que geralmente é confeccionado em bronze e que tem a função de iniciar e terminar as práticas meditativas.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

No entanto, por mais que se relacione as estratégias de validação à DBT, é importante saber que diversas psicoterapias utilizam esse grupamento de estratégias, como, por exemplo, a Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl Rogers. Contudo, existem três elementos que tornam as estratégias de validação da DBT como específicas desse modelo terapêutico: (1) a constante procura pelo que existe de válido nas respostas dos pacientes; (2) a definição de seis níveis de validação; e (3) a aplicação da validação de forma explícita (verbal) e implícita (funcional) (Swales & Heard, 2009).

Uma forma de compreender a disposição dos três elementos citados no parágrafo anterior é analisar os seis diferentes níveis de validação. O primeiro nível envolve o terapeuta escutar o paciente com consciência plena. Prestar atenção estando plenamente consciente do que o paciente está trazendo é uma forma de responder de forma não julgadora, além de demonstrar interesse pelo paciente, fortalecendo, assim, a comunicação entre a dupla terapêutica (Koerner, 2012).

O segundo nível corresponde à habilidade do terapeuta em conseguir refletir corretamente sobre o que o paciente está dizendo. O terapeuta, nesse nível de validação, demonstra ativamente para o paciente que está atento ao que ele está trazendo, conseguindo refletir adequadamente, com palavras similares as do paciente, sobre o conteúdo trazido sem acrescentar nenhum tipo de julgamento ou interpretação. O terapeuta assume uma postura de aceitação radical ao que está ocorrendo naquele exato contexto da terapia (Koerner, 2012). Uma breve vinheta que exemplifica isso está no diálogo terapêutico a seguir.

Vinheta Clínica – 2º nível de aceitação

Paciente T: "Estou realmente muito decepcionada com o meu pai... Toda vez que eu falo com ele sobre algo no trabalho que estou conseguindo desenvolver, ele sempre coloca que isso é insuficiente, que com os valores que ele pagou na minha educação eu deveria estar muito mais avançada na minha carreira... Isso me deixa realmente muito deprimida...".

Terapeuta: "Então, você está me dizendo que se sente realmente muito triste e decepcionada porque, quando contou para o seu pai sobre algo que você está conseguindo desenvolver no trabalho, ele disse que isso não era o suficiente de acordo com o que ele tinha pagado pela sua educação, e que você deveria ter uma carreira mais bem-sucedida, como ele já havia te colocado diversas outras vezes. Isso?"

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

No terceiro nível de validação, corresponde ao terapeuta conseguir verbalizar expressões não verbais dos pacientes como emoções, pensamentos ou comportamentos. Contudo, cabe colocar que aqui os terapeutas devem ter um profundo cuidado, uma vez que nenhuma pessoa tem acesso direto aos eventos privados de outras pessoas. Assim, ao realizar isso, os terapeutas sempre devem perguntar se os pacientes concordam com aquilo que está sendo colocado (Linehan, 2010a, Koerner, 2012). Por exemplo:

> Quando eu falei sobre os abusos sexuais que você sofreu na infância, tive a impressão que você ficou realmente muito triste... Inclusive me parece que você começou a olhar para o chão, a se encolher na poltrona apoiando os cotovelos nos joelhos e baixando a cabeça... Isso faz sentido para você?

Já o quarto nível de validação diz respeito ao terapeuta comunicar que o comportamento atual do paciente faz sentido em relação às circunstâncias do passado dele. Contudo, esse é um método de validação que deve ser usado com prudência, uma vez que grande parte das intervenções da DBT envolve o paciente aceitar o momento presente sem críticas ou julgamentos, e usar maciçamente esse nível de validação pode acabar sendo iatrogênico (Linehan, 2010a, Koerner, 2012). Um exemplo da aplicação desse nível de validação é o da paciente Y que, sistematicamente, procura reasseguramentos do terapeuta em suas opiniões. Uma das formas de validar essa paciente Y foi dizendo:

> Ok, entendo que você está querendo que eu reassegure o que você está dizendo, isso me parece natural tendo em vista o ambiente de imprevisibilidade em que você viveu com os seus pais.

O quinto nível de validação envolve como o comportamento do paciente faz sentido em relação às circunstâncias atuais. Esse é um nível muito importante de validação, o qual envolve a busca do terapeuta pelo "grão de sabedoria" na experiência presente do paciente. O terapeuta evidencia para o paciente o que na sua resposta atual é efetivo, adaptativo e relevante, ao invés de focar aquilo que é errado ou disfun-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

cional. O diálogo terapêutico descrito abaixo evidencia bem esse nível de validação.

Vinheta Clínica – 5º nível de aceitação:

Paciente K: "Quando eu cheguei à festa estava tudo bem... Eu e o R. (namorado da paciente) estávamos ótimos e nos divertindo muito... Contudo, quando aquela vagabunda foi cumprimentar ele... Sério... Ela só faltou agarrar ele... Para você ter noção... Ela chegou a pular no pescoço dele... Quando isso aconteceu eu fiquei com muito medo de perder... E o medo foi tanto, mas tanto, que quando me dei conta estava morrendo de raiva... Ficava pensando que ele também poderia falar para aquela vagabunda sair... E ela poderia ter o mínimo de vergonha na cara... Daí parece que a minha visão nublou e só me lembro de estar jogando um copo de cerveja na cara dos dois... Na hora só assim me baixou aquela sensação horrorosa... O problema é que logo depois os seguranças da festa chegaram e me expulsaram da festa... Me senti muito culpada depois... Porque lá estava eu sendo a louca descontrolada de novo... Sério... Não consigo fazer nada direito..."

Terapeuta: "K, eu fiquei com uma forte impressão de que essa situação é realmente muito intensa emocionalmente para você... E que, naquele momento em que ela foi cumprimentar o seu namorado, você pensou que a conduta dela evidentemente sinalizava que ela estava dando em cima do seu namorado na sua frente, certo?"

Paciente K: "Isso mesmo! Me senti completamente desrespeitada por aquela vagabunda..."

Terapeuta: "Ok, e me parece que faz muito sentido isso, não consigo imaginar como não se sentir assim com alguém dando em cima do seu namorado na sua frente... Além disso, acredito que tenha algo muito interessante para analisarmos no seu comportamento de jogar o copo de cerveja nos dois... Eu fiquei com a impressão de que essa é uma situação onde era muito importante para você reagir frente ao comportamento dessa moça focando o teu autorrespeito, certo?"

Paciente K: "Claro! O problema é que eu sempre me comporto como uma doida."

Terapeuta: "Tá, K, mas jogar o copo de cerveja neles não foi uma forma de expressar que aquilo era inadmissível para você?"

Paciente K: "Claro!"

Terapeuta: "Então me parece que esse comportamento, de certa forma, está relacionado com o teu autorrespeito. Talvez o que nós tenhamos de ver nessa situação é como você poderia ter outros comportamentos que focassem o teu autorrespeito, que não gerassem a consequência de você ser expulsa da festa... Faz sentido para você isso, K?"

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Por fim, o sexto nível de validação permeia todos os demais níveis. Esse nível envolve uma comunicação profunda de respeito pelo paciente, e que o terapeuta o enxerga como igual. O sexto nível de validação envolve a habilidade do terapeuta em ser radicalmente autêntico com o paciente. De nada adianta usar procedimentos de validação nos quais o terapeuta não seja autêntico, mesmo porque, nessa situação, é extremamente comum o terapeuta acabar sendo invalidante (Linehan, 2010a; Koerner, 2012).

Assim, como todas as estratégias da DBT, a validação é utilizada com base em objetivos específicos. No Quadro 16.3, estão elencados os cinco objetivos pelos quais as estratégias de validação são utilizadas na DBT.

Quadro 16.3 Objetivos da utilização de estratégias de validação

1) Equilibrar aceitação e mudança;
2) Fortalecer o progresso no tratamento;
3) Fortalecer a autovalidação (gerando, assim, uma antítese da autoinvalidação e dos ambientes invalidantes desses pacientes);
4) Fortalecer a relação terapêutica;
5) Fornecer aos pacientes *feedback* sobre as suas respostas.

Fonte: Swales e Heard (2009).

Dessa forma, fica evidente que a validação não deve ser usada independentemente do que esteja acontecendo. A utilização dessa ferramenta terapêutica deve ser estratégica para que valide-se apenas aquilo que é válido e para que não se corra o risco de validar aquilo que é inválido (e. g., as tentativas de suicídio, as AMNL e outros comportamentos problemáticos utilizados pelos pacientes como formas não efetivas de solução de problemas) (Koerner, 2012).

Um elemento central que todos os terapeutas que trabalham com DBT devem conhecer é o que deve ser validado. No Quadro 16.4, estão listados os aspectos que devem ser naturalmente validados.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quadro 16.4 Aspectos a serem validados

1) As emoções (em especial aquelas respostas primárias que, muitas vezes, os pacientes acabam evitando direta ou indiretamente);
2) Os comportamentos, pensamentos e planos de solução de problemas (que podem ser válidos em muitos contextos, contudo, muitas vezes, podem ser inválidos também e, justamente por isso, os terapeutas na DBT devem estar sempre procurando ativamente o que é válido nesses elementos);
3) A importância dos problemas dos pacientes;
4) A dificuldade nas tarefas;
5) A dor emocional;
6) As razões para se sentir descontrolado;
7) Os objetivos desejados;
8) A sabedoria inerente aos objetivos mais importantes dos pacientes;
9) As perspectivas apresentadas pelos pacientes quando desregulados emocionalmente.

Fonte: Koerner (2012).

Por fim, o último aspecto de alta relevância para ser analisado dentro das estratégias de validação envolve a utilização da validação como um procedimento de exposição informal. Conforme discutido anteriormente neste capítulo, um dos grandes problemas dos ambientes invalidantes é que eles retiram a confiança dos pacientes em suas respostas emocionais primárias, fazendo com que esses pacientes sondem o ambiente sobre como devem responder, gerando emoções secundárias que acabam tendo a função (no mais profundo sentido da palavra dentro da teoria comportamental) de evitar o contato com as emoções primárias. Nesse sentido, ao validar as respostas emocionais primárias desses pacientes, naturalmente os estamos expondo a essas emoções (Koerner, 2012).

Solução de problemas

As estratégias de solução de problemas na DBT representam o paradoxo das estratégias de validação. Contudo, por mais que elas foquem processos diferentes (aceitação *versus* mudança), é crucial compreender que elas estão sempre andando lado a lado, e que a aplicação de uma normalmente depende da outra. Conforme já foi salientado amplamente

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

neste texto, essas duas estratégias, mais que complementares, só existem quando estão em relação uma com a outra, evidenciando mais uma vez a natureza dialética da DBT (Hayes, Follette &, Linehan, 2011).

Dessa forma, apenas para fins didáticos, neste texto, as estratégias de solução de problemas serão divididas em classificações. Contudo, é importante que o leitor saiba que essas classificações não são estanques, e que essas estratégias se comportam muito mais como um *continuum* de ferramentas de soluções de problemas e que só existem em relação com outras estratégias. Assim, podemos dividir as estratégias de solução de problemas da seguinte forma: (1) análise comportamental; (2) estratégias de *insight*; (3) estratégias didáticas; (4) estratégias de análise de soluções; (5) estratégias de orientação; e (6) estratégias de comprometimento.

Estratégias de análise comportamental

Dentro das *estratégias de análise comportamental* encontra-se a espinha dorsal das estratégias de mudança dentro da DBT, tendo em vista que é justamente a análise comportamental o primeiro passo para a solução de problemas. A função em si da análise comportamental é descobrir qual é o problema, o que o está causando, o que está atrapalhando, além da solução e dos recursos disponíveis para resolvê-lo. Para tanto, alguns pontos são centrais para conduzir adequadamente uma análise comportamental (Linehan. 2010a).

O primeiro deles é que o paciente deve colaborar e se comprometer com ela (o que já evidencia a intersecção com as estratégias de comprometimento) – aqui, cabe uma pequena observação, nenhum procedimento de mudança na DBT é utilizado sem antes se ter o comprometimento explícito do paciente. O segundo ponto é que a análise comportamental deve ser precisa e fornecer todos os detalhes necessários para uma adequada compreensão dos acontecimentos (externos e internos) que perpassam o comportamento problema. Uma metáfora interessante que explica bem isso seria a seguinte: uma análise comportamental bem feita se obtém quando ela fica semelhante a um roteiro de teatro, no qual os atores conseguiriam interpretar com precisão a cena do comportamen-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

to em questão. Já o terceiro ponto é a natureza dialética das conclusões obtidas a partir das análises comportamentais. Deve-se aceitar as conclusões sem se apaixonar por elas. Isso quer dizer que o terapeuta tem de estar aberto a abandonar as conclusões obtidas em uma análise comportamental se posteriormente elas forem rejeitadas (Linehan, 2010a).

Assim, a condução de uma análise comportamental envolve uma série de procedimentos. O primeiro deles é o de definir um comportamento-problema alvo. Para tanto, sempre se deve levar em conta a hierarquia de metas prioritárias da DBT (Linehan, 2010a).

Em seguida, é de fundamental importância definir o comportamento-problema pelo viés comportamental, ou seja, como uma ação específica que ocorre em uma situação específica. Para tornar esse conceito mais claro basta verificar que um comportamento-problema em si, ao se fazer uma análise comportamental, não seria definido como "tentativas de suicídio", mas sim como "na quinta-feira à noite, por volta das 23h30min, após brigar com o marido, no banheiro com a porta trancada, sentada no vaso sanitário, após quebrar o espelho com um soco, pegando um caco de vidro no chão, cortar os pulsos para tentar o suicídio" (Linehan, 2010a).

Depois disso, deve-se definir qual é a frequência, a duração e a intensidade na qual o comportamento-problema ocorre. No momento em que se tem tudo isso definido, o terapeuta deve costurar algum elemento de validação (se houver algo válido na situação). Contudo, aqui cabe um alerta importante: jamais se deve validar comportamentos-problema que sejam métodos de solução de problemas não efetivos.

O segundo passo, e o mais importante deles, é a condução de uma análise em cadeia. Para tanto, seleciona-se uma ocorrência específica de um comportamento-problema (sempre tendo como base a hierarquia de metas prioritárias da DBT). Em DBT, seleciona-se o comportamento para ser analisado através do monitoramento do cartão diário. Assim, define-se o comportamento-problema na situação tendo em vista os seguintes parâmetros: o horário no qual o comportamento-problema ocorreu, uma definição completa do comportamento-problema, uma descrição detalhada de onde o paciente estava, de quem estava por

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

perto, do que estava acontecendo, das emoções vivenciadas, das sensações fisiológicas, dos pensamentos e dos impulsos de ação durante o comportamento-problema. Em seguida, busca-se os elos da cadeia procurando o evento desencadeante do comportamento-problema. Cabe colocar que o evento desencadeante é aquele que, caso não tivesse acontecido, o comportamento-problema jamais teria ocorrido.

É importante salientar que todos os elos da cadeia devem ser definidos nos mesmos parâmetros que o comportamento-problema. Assim, uma vez identificado o evento desencadeante, busca-se os elos que o conectam ao comportamento-problema. Então, buscam-se os fatores de vulnerabilidade que ocorreram antes do evento desencadeante e que, naturalmente, não eliciariam a resposta problemática, mas tornam o paciente vulnerável a isso (Linehan, 2010a).

Por fim, avaliam-se as consequências imediatas e em longo prazo do comportamento-problema, evidenciando (por meio das estratégias de *insight*) os fatores eliciadores e mantenedores do comportamento-problema, se o paciente se aproxima ou se afasta dos seus objetivos em longo prazo. Dessa forma, a análise em cadeia é a técnica central de mudança da DBT e, em geral, todas as demais técnicas são utilizadas ao longo da análise em cadeia na DBT (Koerner, 2012; Linehan, 2010a).

Estratégias de análise de soluções

Após realizar a análise comportamental na DBT, utilizam-se as *estratégias de análise de soluções*. Para tanto, cabe salientar que, para a DBT, uma das principais funções da análise em cadeia é evidenciar qual fator está relacionado com a manutenção de um dado comportamento-problema. Em DBT, existem quatro fatores que sempre são analisados para ver qual deles é o mais preponderante, para que, assim, a análise de soluções seja direcionada. Os comportamentos-problema na DBT podem estar sobre o controle da intensidade emocional, de processos cognitivos, de contingências de reforçamento ou da falta de alguma habilidade específica. Dessa forma, a análise de soluções envolve que terapeuta e paciente gerem, avaliem e escolham soluções para o comportamento-problema alvo visto na análise em cadeia (Koerner, 2012; Linehan, 2010a).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Estratégias de insight

Além da análise comportamental, outras estratégias centrais de solução de problemas, dentro da DBT, são as de *insight*. Essas estratégias envolvem gerar interpretações baseadas no modelo biossocial ou nas teorias de modificação do comportamento, bem como questionar o paciente se elas descrevem bem o que acontece com eles. Além disso, as *estratégias de insight* envolvem observar e descrever padrões recorrentes de comportamentos (cabe salientar que esses padrões só podem ser colocados para os pacientes após terem sido visualizados em diversas análises em cadeia). Por fim, as estratégias de *insight* estão relacionadas com explicitar as consequências dos comportamentos dos pacientes (Linehan, 2010a).

Estratégias didáticas

Outro grupamento de estratégias de soluções de problemas da DBT é o composto pelas *estratégias didáticas*. Estas consistem em partilhar informações sobre diversos aspectos como os elementos que regem o comportamento e teorias, de diversos campos, que possam explicar determinados padrões comportamentais. Além disso, envolvem informações sobre o TPB e explicações sobre como os comportamentos impulsivos e autodestrutivos funcionam como métodos de solução de problemas não adaptativos (Linehan, 2010a).

Estratégias de orientação

As *estratégias de orientação* envolvem o terapeuta prover informações sobre os processos e os pré-requisitos necessários para a DBT. Esse grupamento de estratégias tem a função de explicar para o paciente qual é o papel do terapeuta e do paciente na DBT, sobre a importância das tarefas, em especial do cartão diário, além de promover ensaios comportamentais para verificar as estratégias de solução de problemas adotadas (Linehan, 2010a, Koerner, 2012).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Estratégias de comprometimento

Por fim, o último grupamento de estratégias de soluções de problemas dentro da DBT é composto pelas *estratégias de comprometimento*. O principal objetivo desse grupo de estratégias é comprometer o paciente, seja com a DBT como um todo ou com alguma intervenção específica. As técnicas utilizadas nas estratégias de comprometimento estão elencadas no Quadro 16.5.

Quadro 16.5 Técnicas utilizadas nas estratégias de comprometimento

1) **Prós e contras:** essa técnica é utilizada após o paciente aceitar algum comprometimento específico com o terapeuta, para que se possa "vender" mais ainda esse comprometimento avaliando os prós e os contras em permanecer dentro desse comprometimento.
2) **Advogado do diabo:** esse procedimento é comumente utilizado na definição de objetivos e comprometimentos com o tratamento. Nessa técnica, o terapeuta se posiciona levantando argumentos contrários ao comprometimento estabelecido para que, assim, o paciente seja impelido a argumentar favoravelmente ao comprometimento, fortalecendo-o.
3) **Pé na porta:** essa técnica envolve o terapeuta destacar o que o paciente necessita modificar de uma forma tão ampla que a única resposta possível para o paciente seja *sim*. Um exemplo disso seria: *"Nós podemos desenvolver esse tratamento para que você possa desenvolver uma vida plena baseada nas coisas que são realmente importantes para você. Isso te interessa? Você se comprometeria com isso?"*.
4) **Porta na cara:** essa técnica envolve exatamente o oposto do pé na porta, pois aqui o terapeuta coloca para o paciente exatamente o que ele necessita parar na situação, sem avaliar ou julgar o comportamento, como no exemplo que segue: *"Para que você consiga ter mais liberdade na sua casa sem que a sua mãe vigie você o tempo inteiro é fundamental que você pare completamente com o comportamento de se cortar. Eu sei que isso pode ser realmente muito difícil, mas para atingir esse objetivo é fundamental que você se comprometa com isso"*;
5) **Ligar comprometimentos passados com atuais:** a essência dessa técnica é avaliar ao longo da história do paciente situações nas quais ele conseguiu desenvolver comprometimentos efetivamente e tentar conectá-los com a situação atual da terapia tentando aumentar o comprometimento com a mesma.
6) **Liberdade de escolha/ausência de alternativas:** nesse procedimento, o terapeuta evidencia para o paciente a liberdade que ele tem de mudar ou não mudar algum determinado comportamento, porém apresentando as consequências aversivas de escolher a não mudança.
7) **Modelagem:** esse procedimento envolve reforçar o paciente a cada evolução que ele faz com relação aos comprometimentos dele com a DBT.

Fonte: Koerner (2012).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Retomando:

- As estratégias de soluções de problemas representam todo o eixo da mudança da DBT.
- Podem-se dividir as estratégias de soluções de problema em: (1) estratégias de análise comportamental, (2) estratégias de análise de soluções, (3) estratégias de *insight*, (4) estratégias de orientação e (5) estratégias de comprometimento.

Estratégias e posturas dialéticas

As estratégias dialéticas, conforme já apresentado neste capítulo, possuem a função de garantir o movimento dialético na DBT. São justamente essas estratégias que proporcionam o equilíbrio relacional entre as estratégias de aceitação e mudança dentro da DBT. Essas estratégias estão presentes ao longo de todo o tratamento, e uma de suas principais funções é a de "desequilibrar" os pacientes e a relação terapêutica, não permitindo, assim, a vinculação excessiva em um único polo, gerando um constante movimento na relação terapêutica, como se terapeuta e paciente estivessem dançando (Koerner, 2012).

Ao todo a DBT possui oito estratégias dialéticas específicas, as quais podem ser utilizadas separadamente ou em conjunto (lembrando a metáfora da paleta de cores na mão de um pintor). O Quadro 16.6 apresenta essas estratégias.

Quadro 16.6 Estratégias dialéticas da DBT

1) **Paradoxo:** essa estratégia envolve o terapeuta evidenciar o paradoxo no comportamento do paciente, no processo terapêutico e na realidade em geral. Relembrando o caso da paciente K, após a intervenção validante, o terapeuta seguiu a intervenção utilizando um paradoxo: *"Pois bem, K... Além disso, veja só que interessante, a primeira coisa que você sentiu quando ela foi cumprimentar o seu namorado foi medo de perder ele, para após sentir raiva e jogar um copo de cerveja nele, sendo que a consequência foi a de ser expulsa da festa... Assim, o seu comportamento, que teve origem no medo de perder, acabou levando você a ser expulsa da festa e a deixar os dois molhados lá dentro, isso?"*.
2) **Metáforas:** em DBT é muito comum a utilização de metáforas para ilustrar algum aspecto específico do tratamento. Em geral, elas servem para ensinar o pensamento dialético e para abrir possibilidades para novos comportamentos para o paciente.

continua

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quadro 16.6 *Continuação*

Um exemplo disso é a utilização da metáfora da areia movediça para explicar por que quanto mais se luta contra o sofrimento, mais se "afunda" no sofrimento, e que o caminho para uma vida que valha a pena ser vivida envolve invariavelmente parar, observar e aceitar o sofrimento, como se estivesse em uma areia movediça.

3) **Advogado do diabo:** nessa técnica, o terapeuta posiciona-se argumentando favoravelmente ao padrão mal-adaptativo, "forçando" o paciente a argumentar favoravelmente ao padrão mais adaptativo;
4) **Alongamento:** essa técnica envolve o terapeuta aumentar a importância de um determinado ponto da comunicação do paciente com a intenção de desequilibrar o paciente de alguma postura. Em geral, utiliza-se essa técnica quando o paciente tem comportamentos agressivos ou comunica ameaças ao terapeuta.
5) **Ativar a mente sábia:** essa técnica envolve o terapeuta utilizar os três estados da mente, vistos no grupo de habilidades – mente emocional, mente racional e mente sábia –, e questionar ao paciente em uma determinada situação "*O que a sua mente sábia diria a você?*" ou então "*Essa é uma decisão baseada em mente sábia?*".
6) **Fazer dos limões uma limonada:** nesse procedimento, o terapeuta orienta o paciente a perceber as oportunidades de praticar novas habilidades nas situações problemáticas que apareçam ao longo da terapia.
7) **Permitir mudanças naturais:** essa estratégia tem a intenção de orientar o paciente sobre a natureza da vida em si de constante mudança, e que a inerente inconsistência de qualquer ambiente pode ocorrer naturalmente na terapia. Assim, mudanças de *settings*, de terapeutas e até dos limites do relacionamento terapêutico podem sofrer alterações naturais, exatamente como ocorre na vida como um todo.
8) **Avaliação dialética:** nessa técnica, o terapeuta aceita que a interpretação do paciente para o motivo de um dado aspecto pode estar correta, contudo o terapeuta convida o paciente a tentar ver o que pode não estar sendo visto na situação presente, seria algo como "*Ok, entendo que isso possa ser assim... Mas, além disso, o que nós podemos estar esquecendo de considerar aqui?*".

Fonte: Koerner (2012); Linehan (2010a).

Estratégias estilísticas

As *estratégias estilísticas* estão relacionadas com a forma e com o estilo de comunicação do terapeuta. Elas refletem a natureza dialética no processo de comunicação na DBT. É justamente aqui que se observa a necessidade de os terapeutas desenvolverem habilidades de se movimentar dialeticamente conforme o contexto vigente nas sessões de psicoterapia. Isso ocorre porque os terapeutas precisam aprender a utilizar dois procedimentos estilísticos centrais: a *comunicação recíproca* e a *comunicação irreverente* (Linehan, 2010a; Koerner, 2012).

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

A *comunicação recíproca* é o sistema de comunicação usual da DBT. Ela engloba exatamente todos os componentes que estão envolvidos em qualquer comunicação íntima, como é uma relação terapêutica. O estilo da comunicação recíproca é muito similar ao adotado na Abordagem Centrada na Pessoa, de Carl Rogers.

Assim, a comunicação recíproca envolve quatro elementos distintos: (1) a responsividade: que envolve o terapeuta estar plenamente atento ao paciente, variar as expressões de afeto e expressões não verbais conforme o que está sendo discutido na sessão, levar a sério os assuntos que o paciente quer agendar na sessão – mas sem desfocar a hierarquia de metas prioritárias –, bem como conseguir resumir os conteúdos colocados pelo paciente; (2) a autorrevelação: que envolve o terapeuta fazer revelações estratégicas sobre questões suas ou sobre as suas percepções do relacionamento; cabe salientar que esse estilo de comunicação envolve o que Linehan denomina como falar de coração para coração – a lógica da DBT nesse ponto é a de que terapeuta e paciente são dois seres humanos que devem se enxergar como iguais, apesar de possuírem questões diferentes; (3) o envolvimento afetuoso; e (4) ser autêntico.

Já a *comunicação irreverente* é um formato de interação utilizado pelo terapeuta quando ele acredita que é necessário mover o paciente de um ponto no qual ele está fixado. Esse formato de comunicação é muito importante quando a terapia parece estar "empacada", pois o seu efeito, em geral, é o de promover um reequilíbrio na relação terapêutica. Os objetivos da comunicação irreverente basicamente são: chamar a atenção do paciente, modificar a resposta emocional do paciente e movimentá-lo a perceber um ponto de vista amplamente diferente do seu (Linehan, 2010a). O Quadro 16.7 apresenta as seis estratégias específicas de comunicação irreverente da DBT.

Quadro 16.7 Estratégias de comunicação irreverente da DBT

1) **Reformular de maneira heterodoxa:** essa técnica envolve responder a uma determinada comunicação do paciente, porém de uma forma completamente não esperada por ele.
2) **Mergulhar onde os anjos temem passar:** esse procedimento envolve o terapeuta colocar para o paciente uma verdade radical que, normalmente, os outros teriam medo em dizer a ele. Seria como dizer para uma paciente muito ciumenta, que

continua

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Quadro 16.7 *Continuação*

sistematicamente fala na terapia que o seu marido não fornece as provas que necessita para acreditar na fidelidade dele, que o comportamento de sistematicamente cobrar provas de fidelidade do marido acabará levando ao término do casamento. Contudo, cabe salientar que é de crucial importância encerrar essa técnica utilizando estratégias de validação.

3) **Usar um tom confrontacional:** muitas vezes, é importante o terapeuta saber utilizar um estilo de comunicação confrontacional direto com comportamentos disfuncionais. Por exemplo, quando o paciente sistematicamente rejeita as intervenções terapêuticas, o terapeuta pode colocar: *"Honestamente, eu não sei bem por que você ainda vem à terapia se sistematicamente você rejeita tudo o que conversamos, confesso a você que eu gostaria muito de saber se você quer a minha ajuda com os seus problemas ou não?"*. Contudo, cabe salientar que é de fundamental importância não confundir firmeza com invalidação.
4) **Aceitar os blefes do paciente:** essa técnica envolve o terapeuta ter a habilidade de aceitar blefes do paciente e oferecer uma rede de suporte a ele. Muitas vezes, nesse procedimento, acaba-se utilizando em conjunto a estratégia de alongamento.
5) **Alternar a intensidade e usar silêncio:** essa estratégia envolve o terapeuta ter a habilidade de alternar o seu tom de voz conforme o tema que está sendo abordado dentro da sessão. A irreverência dessa estratégia está na alternância em si, tendo em vista que a natureza das intervenções na DBT é naturalmente veloz, e a alternância de intensidade também segue esse mesmo princípio.
6) **Expressar onipotência e impotência.**

Fonte: Linehan (2010a); Koerner (2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DBT é uma abordagem fascinante e com uma imensidão de recursos que podem ser aplicados nas mais diversas situações clínicas. Nesse sentido, observa-se a relevância do entendimento adequado de toda a construção da estrutura do tratamento dentro da DBT, para que, assim, seja fornecido aos pacientes um tratamento realmente efetivo.

Compreender elementos como os diferentes modos de tratamento e a articulação entre eles é fundamental, uma vez que cada modo de tratamento deve dar suporte ao outro e ser sinérgico com relação ao potencial terapêutico da DBT (Dimeff & Koerner, 2007, Linehan, 2010a). Dessa forma, observar a correta organização dos modos de tratamento dentro de uma equipe de DBT é fundamental para todos aqueles que pretendem estudar ou até montar uma equipe de DBT.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Nesse sentido, o presente capítulo gostaria de convidar a todos os leitores a experimentar a criação de equipes de DBT e, de forma adequada, adotar a DBT em suas práticas clínicas.

Além disso, observa-se que a percepção acurada da hierarquia de metas prioritárias e secundárias é outro ponto central para qualquer terapeuta que deseje se desenvolver dentro da abordagem (Linehan, 2010a). Essas hierarquias norteiam cada passo e cada raciocínio que um terapeuta DBT possui em articular as suas intervenções. Assim, é crucial exercitar maciçamente o raciocínio clínico dentro dessas hierarquias para o aprendizado e para a correta aplicação da DBT.

Outro ponto central, que deve ficar claro para clínicos, estudantes e pesquisadores, é a importância da compreensão dos estágios de tratamento da DBT, uma vez que podem transparecer, ilusoriamente, períodos específicos do tratamento nos quais o paciente evolui progressivamente. Na verdade, a ideia dos estágios de tratamento serve para guiar os terapeutas sobre quais procedimentos devem ser utilizados naquele momento na terapia, e não como uma avaliação do desenvolvimento desta (Koerner, 2012).

O capítulo apresenta, ainda, as principais estratégias de tratamento dentro da DBT, as estratégias centrais, as estilísticas, as dialéticas, entre outras. Cabe salientar, novamente, que a DBT não é uma abordagem tecnicista, e que a utilização de qualquer um desses procedimentos de forma descontextualizada pode ser totalmente iatrogênica. Diversas estratégias terapêuticas da DBT funcionam como "portas de acesso" para outras intervenções, e o uso dessas estratégias sem o entendimento correto da DBT irá demonstrar-se naturalmente equivocado.

Por fim, o capítulo demonstra ao longo de seu desenvolvimento uma articulação entre os objetivos propostos em sua introdução e o texto desenvolvido posteriormente. Espera-se que, ao ler este texto, possa-se ter uma base para o entendimento da estrutura e das principais estratégias de tratamento dentro da DBT. Contudo, é necessário colocar que a formação de um terapeuta DBT necessita de muito mais aprofundamento teórico e prático do que a mera leitura deste capítulo. Esperamos que este material possa ser a porta de entrada para muitos terapeutas se "aventurarem" nessa abordagem de tratamento profundamente humana, validante e efetiva.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

REFERÊNCIAS

Dimeff, L. A. & Koerner, K. (2007). *Dialectical Behavior Therapy in clinical practice*: Applications across disorders and settings. New York: Guilford Press.

Hayes, S. C., Follette, V, M., & Linehan, M. M. (2011). *Mindfulness and acceptance*: Expanding the cognitive-behavioral tradition. New York: Guilford Press.

Koerner, K. (2012). *Doing dialectical behavior therapy*: A practical guide. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (2010a). *Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno da personalidade borderline*. Porto Alegre: Artmed.

Linehan, M. M. (2010b). *Vencendo o transtorno da personalidade borderline com a terapia cognitivo-comportamental.* Porto Alegre: Artmed.

Linehan, M. M. (2015a). *DBT skills training manual*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (2015b). *DBT skills training handouts and worksheets*. New York: Guilford Press.

Swales, M. A. & Heard, H. L. (2009). *Dialectical behavior therapy*. New York: Routledge.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Terapia Comportamental Integrativa de Casais

17 Terapia Comportamental Integrativa de Casais

Luc Vandenberghe

Ambos os parceiros têm tentado de tudo para fazer o outro entender o seu ponto de vista. Não somente isso não tem funcionado, como tem feito a situação piorar. Eles estão presos em uma mútua armadilha e cada esforço feito para fechar esta lacuna, apenas a tem tornado maior/ Both partners have tried everything they know of to make the other person see their point of view, and not only has nothing worked, but the situation has worsened. They are caught in a mutual trap and every effort to close the gap only widens it further.

Berns, Jacobson, & Christensen (2000, p. 186)

Este capítulo descreve uma vertente da terapia de casais que integra o movimento das terapias comportamentais da terceira onda. Trata-se da Terapia Comportamental Integrativa de Casais (TCIC), que ilustra de forma clara a dialética entre aceitação e mudança que é intrínseca também a outras terapias comportamentais da terceira onda, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (veja Capítulos 6-10 deste livro) e a Terapia Comportamental Dialética (veja Capítulos 15 e 16). Porém, ao situar a prática clínica da TCIC, este capítulo considera especialmente a sua história e o seu contexto específico, aspectos que a distingue das demais terapias comportamentais da terceira onda. O objetivo deste texto é explanar a visão clínica dessa abordagem, a partir das suas raízes históricas, da sua filosofia e do seu estilo técnico.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ORIGEM E HISTÓRIA DA TERAPIA COMPORTAMENTAL DE CASAIS

A terapia comportamental de casais nasceu das mudanças sociais ocorridas no início do século XX. As normas consagradas acerca das relações entre os sexos e dos papéis dos cônjuges perdiam sua rigidez, e os casais modernos passaram a construir suas próprias soluções, precisando, mais do que nunca, de habilidades de comunicação e de resolução de problemas. As origens da terapia comportamental de casais podem ser traçadas a partir dos trabalhos dos pioneiros da terapia comportamental clássica Guthry (1939) e Salter (1949), que relataram, em suas obras, fragmentos de intervenções com casais. Porém, a história precisa de cortes mais nítidos. Por isso, convencionalmente, a terapia comportamental de casais inicia com o primeiro programa sistematizado implantado na década de 1960, quando Stuart estava conduzindo terapia, treinamento e pesquisa em Michigan.

A terapia comportamental de casais entrou em pauta aliada aos valores da ideologia moderna. O casamento, anteriormente um valor ou um bem em si, tinha se tornado um instrumento para a realização individual de cada cônjuge. Os pioneiros da terapia comportamental (e. g., Salter, 1949) rejeitaram a grande narrativa psicanalítica que então dominava a área da saúde mental nos Estados Unidos, construindo um discurso alternativo, pautado na confiança na ciência moderna. Novas certezas teóricas substituíam as antigas. A dinâmica inconsciente, como explicação dos problemas, foi substituída pela teoria da aprendizagem, habilitando o terapeuta a atuar com as garantias científicas de um novo paradigma (Vandenberghe, 2006).

Do ponto de vista operante, o bom funcionamento do casal depende de trocas que beneficiariam os dois parceiros. Disfunções ocorrem quando um parceiro acumula reforços à custa do outro, ou quando a interação é baseada em controle aversivo. O terapeuta ajudava o casal a estabelecer um padrão eficiente de trocas de reforços positivos. Primeiramente, ajudava a definir de forma objetiva o comportamento que cada um esperava do outro e as contingências que alteravam a frequência desse comportamento. Cada parceiro fazia uma lista de mudanças que almejava do outro. Ao relacionar as duas listas, o terapeuta ajudava

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

a estabelecer o que cada parceiro deveria fazer em troca do comportamento desejado. Fechava-se, assim, um contrato de intercâmbio comportamental para organizar as trocas de reforço positivo entre os parceiros. Além disso, os casais aprenderam a lidar com suas dificuldades por meio de um treino de comunicação objetiva e franca e da aprendizagem de estratégias de resolução de problemas (Stuart, 1969).

Posteriormente, foi acrescentado na terapia comportamental de casais um conjunto de técnicas para modificação de crenças inadequadas, provenientes da Terapia Cognitiva (Margolin, Christensen, & Weiss, 1975). Juntas, as técnicas de modificação de comportamento e de reestruturação cognitiva completaram o pacote de estratégias da Terapia Comportamental Tradicional de Casais (TCTC). Consagrado pelo livro de Jacobson e Margolin (1979), a TCTC alcançou a maturidade como uma prática de consultório baseada na pragmática clínica. À publicação do livro, seguiram anos de pesquisas empíricas, bem como de reapreciação e ajustamento das técnicas (Schmaling, Fruzzetti, & Jacobson, 1989). A passagem para a TCIC, porém, constituiu um salto qualitativo. Ocorreu quando uma nova visão contextualista libertou o terapeuta das amarras do modelo mecanicista (Jacobson, 1992; 1997).

A TCIC emergiu no meio de esforços por erro e acerto para tornar os resultados da TCTC mais duráveis e para adequar o tratamento às necessidades de casais que, nas pesquisas, mostraram obter pouco benefício com a TCTC. Em meados da década de 1980, Jacobson e Christensen, dois terapeutas de casais com uma longa história de envolvimento na área, chegaram, independentemente, à conclusão de que a proposta tradicional focava demasiadamente em tentar mudar os parceiros. Faltava uma compreensão da importância de aceitar o outro e de acolher os problemas que naturalmente fazem parte de um relacionamento.

O ano de 1991, quando cada um desses dois autores descobriu o trabalho do outro, marcou um novo início na terapia comportamental de casais. Com o abandono do axioma que o casal precisava mudar e que o terapeuta precisava saber de que forma a mudança devia ocorrer, também caiu por terra a epistemologia linear das duas abordagens formativas da terapia comportamental de casal, a saber, a modificação do comportamento e a Terapia Cognitivo-Comportamental. A mudança

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ocorrida na pragmática clínica tornou necessária uma nova filosofia. No lugar do pensamento mecanicista, uma visão contextualista se impôs (Jacobson & Christensen, 1996).

Retomando:

- Prática pouco teorizada a partir da década de 1930.
- Teorização operante, pesquisa e formação de terapeutas: década de 1960.
- Maturidade da Terapia Comportamental Tradicional de Casais: década de 1970.
- Terapia Comportamental Integrativa de Casais: a partir da década de 1990.

SEMELHANÇAS E DIFERENÇAS ENTRE TCTC E TCIC

Como a TCIC se desenvolveu a partir da TCTC, as similaridades entre as duas abordagens não devem surpreender. A semelhança mais importante está no uso de estratégias psicoeducativas. Já a diferença principal diz respeito às visões clínicas: mecanicista *versus* contextualista. Enquanto a TCTC aposta no controle por regras, no foco em comportamento observável e nos contratos que fixam o intercâmbio de comportamentos estreitamente definidos, a TCIC permite que as contingências naturais façam o seu trabalho, enfatiza a aceitação emocional e trabalha com temas amplos e abrangentes (Jacobson & Christensen, 1996).

As duas abordagens historicamente formativas da terapia comportamental de casais, a saber, a modificação do comportamento (influência de Stuart, 1969) e a terapia cognitiva (influência de Margolin, Christensen e Weiss, 1975), possuíam forte veia mecanicista. Ambas postulavam que as desavenças destrutivas tinham causas específicas (e. g., controle aversivo ou crenças irracionais) e receitavam como consertá-las (com contratos de intercâmbio comportamental, aprendizagem de habilidades e modificação de atribuições cognitivas e expectativas irracionais). Assim, os modelos teóricos nos quais a TCTC se baseava ofereceram as soluções prontas e o terapeuta as ensinava ao casal (Schmaling e cols., 1989).

A inclusão da aceitação e a subsequente opção para o contextualismo levaram a uma mudança importante no estilo clínico. Enquanto a

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

abordagem tradicional oferecia um pacote terapêutico fechado (e. g., Jacobson & Margolin, 1973), a proposta da TCIC fica aberta para incluir as perspectivas do casal no processo. Uma visão pós-moderna substitui a ideologia modernista (Vandenberghe, 2006). O terapeuta negocia diversas formas de promover mudanças e de construir aceitação emocional, permitindo aos parceiros escolher ou contribuir na busca por caminhos alternativos. Nesse processo, o terapeuta abre mão de algumas certezas científicas, mas ganha liberdade, considerando que a rigidez teórica é o inimigo da criatividade (Christensen, Jacobson, & Babcock, 1995).

A TCIC não abandonou as estratégias psicoeducativas herdadas de suas abordagens formativas. Porém, não insiste em caminhos de mudança predeterminados. A adição da aceitação pode parecer pouco mais que uma extensão do repertório clínico, como apenas uma nova técnica. Porém, transformou a atuação clínica. Inculcou no terapeuta uma nova cultura de ingenuidade e tolerância da incerteza. Com um estilo mais orientado pela vivência, e menos pela teoria, as técnicas ficam mais focadas nas necessidades idiossincráticas de cada casal. Agora, a sessão caracteriza-se por uma atitude mais envolvida e mais reflexiva por parte do terapeuta. Perguntas são menos focadas na avaliação do comportamento-alvo. Muitas vezes, são lançadas para permitir que o casal busque uma melhor conexão com suas emoções.

A diferença entre as duas abordagens se mostra mais claramente quando observamos o interesse da TCIC pela vivência das emoções e por temas gerais que se mostram recorrentes na relação do casal, enquanto a TCTC focava comportamentos específicos, definidos de forma estreita e concreta, publicamente observáveis e quantificáveis.

Retomando:

Semelhanças entre TCIC e TCTC

- Estratégias psicoeducativas
- Embasamento na teoria de aprendizagem

Diferenças entre TCIC e TCTC

- Visão mecanicista *versus* visão contextualista
- Foco técnico *versus* foco vivencial
- Comportamentos específicos *versus* temas recorrentes

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

CARÁTER CONTEXTUAL

O contextualismo localiza a gênese das dificuldades psicológicas nas interações entre pessoas. Coerente com essa visão, a TCIC procura as causas dos problemas de casal e das melhoras almejadas nas contingências interpessoais. Ela não considera o sofrimento na relação como resultado de processos intrapsíquicos, mas como oriundo da história de interações entre os parceiros, do controle por regras culturais e da falta de conexão genuína com as contingências importantes no relacionamento. Isso convida o terapeuta a validar a vivência interna dos clientes. Já que é resultado da interação com o ambiente social e interpessoal, os sentimentos não devem ser modificados, mas sim aceitos e validados. O que deve mudar é o contexto das interações das quais o sofrimento é o resultado (Jacobson, 1994; 1997).

Do ângulo filosófico, a TCIC é herdeira de autores como Willard Day, Steven Hayes e Edward Morris, que propuseram releituras inovadoras do behaviorismo radical, fugindo da visão mecanicista típica do trabalho experimental. Hayes, Hayes e Reese (1988), assim como Morris (1988), recuperaram o contextualismo do filósofo Pepper (1942), que propõe ser o comportamento sempre ato em contexto, um fenômeno contínuo e interativo. A contribuição filosófica de Day (1969, 1988) constituiu-se em uma releitura do behaviorismo radical como amparo para uma visão em que a história de aprendizagem de cada pessoa em sinergia com as contingências atuais produz o sentido subjetivo das vivências das quais a pessoa participa.

Day (1969, 1988) resgatou as noções de propósito e intencionalidade na visão operante, de modo a abolir a distinção entre objeto e sujeito, preparando o palco para uma compreensão não dualista das interações pessoa-ambiente. A percepção que o psicólogo tem da pessoa que ele estuda resulta das contingências às quais o profissional já foi e ainda é exposto. Não é uma observação independente ou ausente de influências pessoais. Assim, não há diferença entre a percepção do terapeuta e a do cliente. Ambos são os resultados dos mesmos processos de interação com o ambiente.

Essa visão obriga o psicólogo a adotar uma epistemologia relativista. Para o contextualista pepperiano, qualquer observação é uma cons-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

trução feita pelo indivíduo que está observando, sendo resultado da história do observador e de sua relação com o momento presente. O valor dessa construção depende do que pode ser feito a partir dela (Hayes, 1998). Quando aceitamos que o observador e o que está sendo observado se influenciam mutuamente, como Day expõe, a perspectiva do terapeuta sobre o problema é apenas diferente da perspectiva do cliente. Não é mais objetiva ou mais correta. Por isso, não há necessidade de substituir as crenças que o casal traz para a sessão pelas que o terapeuta considera mais racionais (Jacobson, 1994).

O terapeuta contextualista não tenta descobrir fatos que são objetivamente verídicos, independentemente das suas intenções terapêuticas. Ele seleciona suas observações e interpretações a respeito do casal de acordo com a contribuição que podem fazer para a pragmática clínica. Uma hipótese é válida não quando é de fato comprovada – porque a conclusão de que algo é comprovado depende sempre da história de aprendizagem da pessoa que avalia e do contexto em que está sendo considerado –, mas sim quando a hipótese possibilita uma intervenção terapêutica que tenha êxito (Jacobson, 1997).

No plano interpessoal, o contextualismo aponta que as consequências do ato de tentar mudar outra pessoa também mudam a pessoa que tenta mudar a outra. A influência é sempre recíproca. Assim, um parceiro influencia o outro no mesmo processo em que o outro o influencia. As tentativas de controlar o comportamento do outro facilmente geram escalações de tentativas mútuas de controle e de contracontrole que podem levar a empates no relacionamento de casal. Essa visão não dualista se expande também para o terapeuta, que tanto é influenciado pelo casal quanto o influencia. Empates podem ocorrer no processo terapêutico se o terapeuta não está atento a essa reciprocidade. Quando detecta que esse tipo de empate ocorreu, cabe ao terapeuta aceitar a situação. Ao invés de acrescentar mais tentativas de controle, o terapeuta cede à apreciação do contexto mais amplo, que dá sentido ao empate (Jacobson & Christensen, 1997).

Todo comportamento possui uma história e ocorre em um contexto do qual emanam suas funções e sentidos. O comportamento deve ser compreendido nessa história e nesse contexto. Nenhum comporta-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

mento tem significado em si; sempre depende das interações com o comportamento de outras pessoas e dos contextos em que elas ocorrem (Morris, 1988). Por isso, o terapeuta contextualista não ensina um modelo de comportamento adequado. Ele procura colocar o cliente em contato com as contingências naturais da vida (e não com as contingências artificiais que o psicólogo poderia construir na sessão). A parte artesanal (e, em certo sentido, artística) da atuação psicoterápica consiste nas formas pelas quais o terapeuta pode facilitar esse contato com as contingências naturais. Para isso, ele deve minimizar o controle verbal, abrindo mão de instruções, normas e regras (Jacobson, 1992; 1997).

Como as outras terapias comportamentais da terceira onda, a TCIC usa o termo "análise funcional" não para indicar um procedimento experimental, mas para referir-se à conceptualização de interações entre pessoas em termos de princípios comportamentais, baseando-se na observação do comportamento espontâneo na sessão e nas trocas interpessoais relatadas pelos clientes a respeito de seu cotidiano. Nessa abordagem mais holística da análise, os terapeutas usam temas recorrentes na sessão para delinear classes de comportamento relevantes. Usam expressões de emoções pelo casal como dicas para identificar classes de consequências e antecedentes que devem ser levados em conta (Christensen & Jacobson, 1996).

Retomando:

Caráter contextual

- Visão não dualista das interações interpessoais.
- Critério pragmático mais importante do que o critério de verdade.
- O sentido do comportamento está na história e no contexto.
- Visão holística das interações.

ESTRATÉGIAS DE ACEITAÇÃO E DE MUDANÇA

As técnicas da TCIC, expostas a seguir, são resumidas de Christensen, Jacobson e Babcock (1995), de Christensen e Jacobson (1996) e de Berns, Jacobson e Christensen (2000). Os dois fios condutores do

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

tratamento são a *promoção da aceitação emocional* e a *procura da mudança comportamental.*

Uma das principais estratégias para promover a aceitação consiste em aumentar a tolerância às respostas aversivas do parceiro e passa por um leque de técnicas típicas. Uma dessas técnicas é a transformação do problema em atrativa. O terapeuta enfatiza, durante as sessões, as conotações positivas do comportamento problemático. Geralmente, precisa-se de um pequeno esforço para descobrir que o problema possui um lado positivo: uma diferença de opinião pode constituir uma riqueza e ampliar o leque das opções do casal; a discordância entre os parceiros pode ser vista como uma tentativa valiosa de melhorar o equilíbrio de poder; reclamações chatas de um parceiro podem mostrar o quanto ele quer que o relacionamento melhore.

Contudo, o terapeuta deve tomar cuidado para reconhecer os aspectos problemáticos do comportamento aversivo. Não pode deixar de validar as queixas e as expressões de dor acerca desses aspectos problemáticos, e também deve ajudar a descobrir os aspectos positivos. É importante que esses aspectos sejam positivos na perspectiva dos parceiros, e não somente na perspectiva do terapeuta. O terapeuta só pode enfatizar conotações positivas que são realmente parte da vivência do casal, e não decorrentes de uma reinterpretação forçada e artificial dos fatos.

Outra tática consiste em dramatizações e ensaios de comportamento negativo para promover a tolerância ao comportamento. Ao ensaiar o comportamento-problema intencionalmente, o casal pode se preparar para lidar de formas novas e mais produtivas com o problema quando realmente ocorre. Os ensaios preparam para transformar recaídas em momentos de aprendizagem, ao invés de motivos para desistência. Um exemplo consiste em pedir a um casal para colocar uma briga em cena. Ao fingir brigar, a pessoa se encontra melhor posicionada para observar como o seu comportamento funciona no contexto do casal e para compreender a dor e as dificuldades que ela causa à outra pessoa na relação. Ao mesmo tempo, a outra pessoa pode experimentar novas perspectivas frente ao comportamento ensaiado.

Muitas vezes, o terapeuta convida o casal para se unir empaticamente em torno de um problema. Ao entender o problema como algo que ocorre com o casal e não como algo que é culpa do outro, o problema pode ser aproveitado para construir uma conexão empática entre os

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

parceiros. O terapeuta pode, por exemplo, pedir ao casal para sentir sua tristeza a respeito de um problema que parece não ter solução. Ao perceber que ambos sentem a mesma dor a respeito do que, até então, era um divisor, o sentimento compartilhado pode se tornar uma força que unifica. A partir da construção dessa nova perspectiva, o casal fica mais bem preparado para se relacionar de novas formas com o problema.

O terapeuta pode favorecer a união empática oferecendo reformulações e interpretações do problema que não culpam um ou outro parceiro. Ele também pode ajudar a focalizar sentimentos e sentidos pessoais, fazendo perguntas como: "Você já falou sobre o que você pensa sobre o comportamento do João. Agora queria entender o que ocorre dentro de você. O que você sente?". Com o foco nas emoções, é mais fácil desenvolver a união empática sobre o problema.

Quando a luta sobre quem tem razão trava o processo, o terapeuta tenta validar o que há de positivo no ponto de vista de cada parceiro. A partir da filosofia contextualista, duas opiniões opostas sobre a mesma realidade podem ser igualmente legítimas. Cada parceiro pode validar a opinião do outro e aceitar que esta seja diferente da sua. O terapeuta pode apoiar esse processo, validando a diferença de opiniões entre os parceiros como sendo uma riqueza do casal. A validação dá a permissão explícita para ter diferenças. Ela implica também um engajamento ativo de enfrentar o problema sem atribuir a culpa ao outro. Um parceiro que responde com aceitação emocional à raiva do outro não aprova a perspectiva do outro. Porém, situa a opinião do outro em um contexto construtivo.

A validação torna possível expressar sentimentos suaves ao discutir problemas sem culpar o outro. Muitas vezes, emoções duras e abrasivas tomam a frente durante os confrontos, afastando as possibilidades de se chegar a um diálogo produtivo. Assim, ao validar o ponto de vista do parceiro, tornam-se possíveis novas formas de relacionar-se com os problemas do casal. A mesma estratégia vale quando a colaboração entre terapeuta e casal trava. O terapeuta pode mostrar que a perspectiva dos clientes é plausível e válida e, principalmente, que os seus sentimentos são cabíveis, apesar de serem diferentes dos sentimentos do terapeuta.

A ênfase em validar a perspectiva e os sentimentos dos clientes produz um paradoxo, pois o terapeuta se dispõe a aceitar, inclusive, a indis-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

posição deles em colaborar. Ele acolhe a resistência do casal como uma aliada do processo terapêutico. Por exemplo, um casal não fez a tarefa de casa porque estava brigando. Ao decidir não se engajar nas tarefas escolhidas para ajudá-los a melhorar seu relacionamento, o casal mostra algo da sua forma de funcionamento. Essa atitude pode ser um exemplo de como o casal normalmente lida com suas diferenças, parando de cuidar de si, do outro e do relacionamento, amplificando, assim, os efeitos maléficos de um simples conflito. Portanto, ao não fazer a tarefa de casa, o casal facilitou o trabalho do terapeuta, e este pode agradecer ao casal por isso.

As técnicas de mudança tradicionais da TCTC foram mantidas na TCIC, a saber, o intercâmbio comportamental e o treinamento de habilidades. Porém, as técnicas são aplicadas de novas maneiras e com novas intenções. Como exemplo, continua-se a ensinar o casal a monitorar as suas interações, para poder modificá-las quando for útil e para aprender a usar suas habilidades para agradar o parceiro incrementando a proporção de interações positivas no seio do relacionamento. Porém, a nova visão clínica transformou as estratégias profundamente. O comportamento não é mais definido de forma operacional como na TCTC, mas de forma abrangente e temática. Assim, favorece a flexibilidade e a espontaneidade, superando a rigidez inerente à abordagem antiga.

A abordagem tradicional fixava o acordo de intercâmbio em um contrato que especificava que um comportamento devia ser emitido em troca de outro. Cada parceiro fazia uma lista de comportamentos que esperava do outro. A TCIC inverte essa técnica e investe em um pacto entre os parceiros em que ambos se comprometem de proporcionar o que pode valorizar o relacionamento sem exigir algo em troca e na experiência de cada um de tentar aceitar o que o outro oferece. Não se trata mais, como na abordagem de Stuart (1969), de uma economia de trocas em que um parceiro exige algo do outro como condição para atender a uma necessidade desse outro. A TCIC propõe o compromisso de doar comportamentos para o relacionamento e, assim, muda o foco para aquilo que conecta os parceiros. Cada parceiro decide qual comportamento quer oferecer para o bem do casal e não exige qualquer coisa em troca. Uma vinheta pode esclarecer a nova forma de implementar o intercâmbio comportamental.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Vinheta Clínica

João e Maria recebem como tarefa de casa a instrução de compor, separadamente, uma lista de comportamentos que querem oferecer para melhorar o relacionamento. O terapeuta pede que o beneficiário do comportamento proposto não seja informado do conteúdo da lista e que também não ofereça sugestões. Assim, o terapeuta enfatiza a capacidade de cada parceiro de contribuir de forma autônoma para o relacionamento. Na próxima sessão, o terapeuta discute as listas, tentando clarificar cada item. Novamente, o terapeuta não permite que o beneficiário interfira. Mesmo se, por exemplo, João achar que o comportamento proposto por Maria seja pouco relevante, ele não deve se manifestar. Cada parceiro lê sua lista item por item, e o terapeuta ajuda a definir melhor cada item. Quando Maria lê: "Eu posso ser mais manhosa", o terapeuta a ajuda a explorar esse tema, para garantir que ela sabe quais comportamentos estão envolvidos nesse "ser mais manhosa". O terapeuta também providencia inspiração adicional ao sugerir temas que foram mencionados em sessões anteriores, mas que João ou Maria esqueceu de incluir na sua lista. Finalmente, ele ajuda a eliminar das listas comportamentos que podem ser demasiadamente aversivos ou desgastantes para o parceiro que os propõem. Como tarefa de casa, o terapeuta pede para cada parceiro escolher, da sua lista, um comportamento que está disposto a aumentar a frequência durante a semana. Novamente de retorno ao consultório, o terapeuta inicia a sessão pedindo aos parceiros que descrevam como foi a experiência de "doar" o comportamento. Ele também pede que João relate quais esforços da Maria ele percebeu e para Maria relatar o que notou de esforços por parte de João. A intenção dessas perguntas era de poder explorar, junto com os parceiros, se as mudanças contribuíram para a qualidade do relacionamento. João relatou que iniciou com maior frequência uma relação sexual, mesmo quando ele não estava com muita vontade. Maria confirmou que a iniciativa vinda dele tornava a relação mais prazerosa para ela. Porém, João relatou que não poderia manter essa frequência no futuro. Maria assistiu, pela primeira vez desde o casamento, ao jogo de basquete do seu marido. João viu nesse esforço de Maria uma maneira de apoiá-lo em um aspecto importante da sua vida. Ela tinha imaginado essa situação como entediante e desgastante e se surpreendeu ao descobrir que gostava da experiência, não somente de assistir ao jogo, mas também de torcer pelo time do marido. O terapeuta discutiu essas observações com o casal. João marcou o item "Tomar mais iniciativa para uma relação sexual" como um comportamento para retomar com intervalos no futuro. Maria marcou "Assistir aos jogos de basquete" como item a ser mantido semanalmente. A sessão terminou com a mesma tarefa. João e Maria escolheram novos comportamentos das suas listas. Durante a semana, João propôs mais atividades de lazer que Maria gostava. Maria providenciou com maior regularidade refeições com os alimentos naturais que João valorizava. Em outras quatro sessões,

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

15 a 20 minutos foram dedicados à discussão das vivências dos parceiros nos seus papéis de doador e de beneficiário dos novos comportamentos, à revisão das duas listas e à escolha de comportamentos para a semana seguinte. A estratégia resultou em um aumento importante, relatado tanto por João quanto por Maria, da sua satisfação com o relacionamento.

O treinamento de habilidades de comunicação e o treinamento de solução de problemas são técnicas que servem para preparar o casal para enfrentar futuras dificuldades e desafios que inevitavelmente surgirão depois do término da terapia. Elas diferem das estratégias de intercâmbio comportamental por tratar do processo e não do conteúdo das interações de casal. Essas técnicas não enfocam os problemas atuais, mas pretendem empoderar o casal para superar problemas futuros e tornar o terapeuta dispensável.

Habilidades de comunicação são treinadas por meio da prática supervisionada. O casal experimenta cada técnica de comunicação na sessão, dando ao terapeuta a possibilidade de oferecer *feedback* sobre seu desempenho. Somente quando consegue usar uma técnica de maneira proveitosa, o casal é liberado para exercitar em casa. Habilidades de comunicação frequentemente abordadas são as de escutar com atenção, de parafrasear o que o outro falou, de verificar se o que entendeu corresponde ao que o outro quis comunicar, de pedir esclarecimento ao invés de supor o que está por trás de uma fala do outro e de usar a voz de forma que corresponda aos objetivos da comunicação e não ao nível de estresse do momento.

As habilidades de resolução de problemas são organizadas em duas fases. Na primeira fase, o casal define o problema. A afirmação do problema deve enfatizar o que há de positivo. Retomando o exemplo do casal mencionado anteriormente, Maria poderia dizer: "Eu queria que você estivesse satisfeito com a comida em nossa casa". Uma definição que soa como uma acusação, como: "Estou cansada de ouvir suas reclamações sobre a comida", muitas vezes deixa de fora o que há de mais importante. Em seguida, o problema deve ser definido de forma clara. Os parceiros aprendem a descrever os problemas de forma que o outro

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

possa entender o que está sendo exigido dele. Por exemplo: "Gostaria que você cozinhasse para nós de vez em quando e que você investisse algum tempo para me ensinar a preparar o que você gosta de comer". Uma terceira habilidade que os parceiros podem aprender é a de expressar as emoções envolvidas no problema. Maria poderia dizer: "Eu ficaria tão feliz em te ver comer com gosto". Ao explanar o que sente, a outra pessoa poderia entender melhor por que o comportamento dela é considerado um problema. Finalmente, a afirmação do problema deve ser breve, sem análise de causas ou detalhes que podem tornar a definição do problema confusa, ou deixar o outro com a sensação que está sendo atacado.

A segunda fase da resolução de problemas começa com a *tempestade de ideias*. Essa técnica consiste em anotar todas as soluções possíveis para o problema. O foco está no futuro e na eliminação do problema, não na análise do passado. Uma vez que disponha de uma lista de soluções, o casal revisa, uma por uma, considerando suas vantagens e desvantagens. No exemplo, João e Maria escolheram da sua lista soluções como: combinar com antecedência quais refeições serão preparadas; escolher receitas juntos; determinar se certo dia a alimentação preferida de Maria será escolhida ou se será escolhida a de João; João aprender a preparar refeições que Maria prefere quando ele quer mimá-la; etc. Finalmente, o casal combina as soluções escolhidas para construir a estratégia de resolução de problema. A negociação deve fechar com um acordo claro a respeito do que cada parceiro deve fazer. O casal deve se comprometer a implementar as ações combinadas, a avaliar os resultados e a negociar ajustes quando necessários.

Todas as táticas terapêuticas têm suas limitações. O treino de resolução de problemas, por exemplo, não deve ocorrer quando as emoções negativas estão mais elevadas. Os exercícios de comunicação precisam de um *setting* favorável, com o lugar e a hora cuidadosamente escolhidos pelo casal. O intercâmbio comportamental não funcionará se não houver suficiente aceitação emocional entre os parceiros. As técnicas para promover aceitação dificilmente terão êxito se não existir a perspectiva de mudança.

Portanto, é preciso que haja flexibilidade na escolha das técnicas. A TCIC tende a privilegiar a aceitação quando o problema é antigo, ou

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

grave, e quando o casal o entende em termos de sentimentos e sentidos subjetivos. Ademais, encontra-se propensa a privilegiar técnicas de mudança quando o problema é recente, relativamente simples e quando os parceiros o descrevem em termos de comportamentos observáveis. Porém, os dois tipos de intervenção estão entrelaçados de maneira intrínseca, e cada ingrediente ajuda a turbinar o outro. A aceitação emocional permite que o casal mude sua visão sobre o problema e sua forma de lidar com ele, sendo certa mudança, em muitos casos, pré-requisito para a aceitação do comportamento do parceiro. Interações dialéticas entre aceitação e mudança tornam possível que haja progresso onde apenas a aceitação emocional ou apenas a promoção de mudança comportamental traria pouco êxito.

Retomando:

Estratégias de Aceitação
- Conotação positiva.
- Ensaio de comportamento negativo.
- União empática em torno do problema.
- Validar perspectivas opostas.

Estratégias de Mudança
- Contrato de intercâmbio de comportamentos.
- Treino de resolução de problemas.
- Treino de comunicação.

METAS TERAPÊUTICAS

O casal determina as metas terapêuticas, e o terapeuta ajuda a defini-las de forma clara e pragmática após avaliações cuidadosas. Antes de iniciar o tratamento, o terapeuta investe bastante tempo na devolução dos resultados das suas avaliações e na explanação das suas conclusões. Os objetivos do tratamento são discutidos em acordo entre terapeuta e clientes, e cada sessão começa com uma reafirmação dos objetivos parciais mais relevantes para o momento. Um acordo explícito sobre o que deve ser feito é essencial para uma terapia eficiente. A perspectiva do te-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

rapeuta não deve ser imposta ao casal. É importante que os objetivos técnicos do terapeuta estejam a serviço dos objetivos finais do casal.

Da perspectiva do terapeuta, padrões rígidos de comportamentos destrutivos devem ser desconstruídos. Muitas vezes, um ou ambos os parceiros desenvolveu um padrão comportamental de fuga e esquiva sofisticado e difícil de mudar. Em outros casais, sequências repetitivas de recuo e ataque impossibilitam a resolução de problemas. Um parceiro pode habitualmente recuar das investidas do outro, obrigando este a expressar-se de formas cada vez mais extremas. Em resposta às pressões aumentadas do outro, o primeiro então se esquiva mais ainda.

A tarefa primária do terapeuta é dinamizar os padrões de interações entre os parceiros. É preciso colocar em movimento padrões de comunicação que se tornaram estancos, sequências de interações rígidas e de respostas emocionais exacerbadas que se tornaram previsíveis no dia a dia do casal. O terapeuta deve ajudar a iniciar o movimento e, durante o tratamento, ajudar a evitar que as interações entre os parceiros voltam a funcionar de acordo com as sequências comportamentais rígidas.

A segunda tarefa consiste em provocar um redirecionamento dos padrões de interações no seio do casal. A novidade é introduzida na vivência do casal por meio de comportamentos alternativos ou de maneiras diferentes de ver comportamentos habituados. O redirecionamento das formas de interação entre os parceiros pode ocorrer tanto pela mudança do comportamento quanto por uma mudança na maneira que o casal se relaciona com o comportamento-problema.

Em geral, a TCIC busca que os parceiros desenvolvam uma melhor compreensão da história de aprendizagem do outro. Ao conseguir entender o motivo pelo qual o outro se comporta de certa forma, ou como ele chegou a desenvolver os melindres e dificuldades evidenciadas na vida do casal, a pessoa pode acessar um novo ponto de vista e chegar a apreciar as atitudes do outro de forma mais positiva.

Outra meta geral é promover um maior contato com as contingências e diminuir o controle verbal. A TCIC busca levar o casal a responder às contingências e a ficar menos sob o controle de regras pessoais, familiares ou culturais. Uma maneira de o terapeuta promo-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

ver uma conexão genuína com as contingências no seio do casal consiste em apoiar o grau de intimidade entre os parceiros, sendo esta dada pela frequência com que o comportamento vulnerável é reforçado no seio do casal.

Retomando:

Metas Terapêuticas
- Padrões de interações mais flexíveis.
- Compreensão da história de aprendizagem do parceiro.
- Mais contato com as contingências e menos controle por regras.
- Diminuir comportamento de fuga e esquiva.
- Aumentar o grau de intimidade entre os parceiros.

APOIO EMPÍRICO

Em comparação realizada com casais que participaram da TCTC, trabalhos empíricos mostraram que aqueles que participaram da TCIC expressam emoções de forma mais suave (menos abrasiva) e descrevem mais problemas sem culpar o outro. Ambos os tratamentos geram melhoras marcantes na comunicação e na mudança de comportamentos-alvo (Cordova, Jacobson, & Christensen, 1998). Porém, a promoção da aceitação faz com que a mudança obtida resulte em maior satisfação com o relacionamento. Também torna mais provável que a ocorrência do comportamento-alvo de um parceiro leve à ocorrência de um comportamento-alvo do outro parceiro (South, Doss, & Christensen, 2010).

Os parceiros que participaram da TCIC relataram mais progressos em satisfação conjugal e obtiveram maior significância clínica nas mudanças do que os tratados com TCTC (Jacobson, Prince, Cordova, Christensen, & Eldridge, 2000). Dois anos depois do término do tratamento, casais que participaram da TCIC continuaram a melhorar em relação aos problemas de comunicação negativa e fuga/esquiva mais do que casais que participaram da TCTC. A melhora obtida na comunicação se mostrou um preditor confiável de maior satisfação com o relacio-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

namento cinco anos após o término do tratamento (Baucom, Sevier, Eldridge, Doss, & Christensen, 2011).

Uma pesquisa sobre os processos por trás desses resultados indica que a dinâmica entre mudança comportamental e aceitação emocional aumenta a satisfação dos parceiros com o relacionamento, e que essa satisfação, por sua vez, produz padrões mais saudáveis de apego interpessoal (Bensen, Sevier, & Christensen, 2013). Por enfocar as dinâmicas emocionais e interpessoais, e não as expectativas sociais por meio das quais casais tradicionais tendem a se definir, a TCIC é vista como uma opção adequada para problemas em relacionamentos homoafetivos (Martell, Prince, & Douglas, 2005).

Em uma revisão de literatura feita por Lebow, Chambers, Christensen e Johnson (2012), constatou-se que a terapia de casal contemporânea tem resultados satisfatórios, ajudando significativamente em torno de 70% dos casais tratados. Entre todas as abordagens investigadas, a TCIC foi uma das duas terapias com os melhores resultados, junto à Terapia de Casal Focada na Emoção, de Greenberg.

As pesquisas das últimas décadas enfatizam a relação entre problemas de casais e patologias individuais. Intervenções direcionadas ao relacionamento conjugal do paciente com depressão ou ansiedade (Lebow e cols., 2012) ou com dor crônica (Cano, Leonard, Kerns, Thorn, & Dixon, 2006) ajudam a melhorar a patologia individual. A TCIC é indicada para o tratamento de dor crônica, porque melhora a aceitação emocional e a empatia, dois aspectos que muitas vezes são prejudicados no relacionamento conjugal desses pacientes (Cano et al., 2006).

Retomando:

Apoio empírico

- Promove satisfação com o relacionamento.
- Resultados positivos em comparação aos de outras abordagens.
- Contribui para o tratamento de patologias individuais.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao apresentar a TCIC como exemplar das terapias da terceira onda, deparamo-nos com três particularidades. A primeira é a constatação de que Neil Jacobson, o autor que mais contribuiu para a TCIC, anteriormente foi um dos proponentes da terapia cognitiva comportamental de casal. As outras terapias da terceira onda foram propostas a partir de uma crítica por parte de behavioristas que se opuseram à clínica cognitiva comportamental. A segunda é que a TCIC incorporou ferramentas clínicas tradicionais a uma nova visão clínica. Em contraste, a terceira onda nasceu de uma tentativa intencional de rever os coordenados técnicos da clínica. A terceira particularidade é que a TCIC evoluiu a partir das necessidades específicas da área da terapia de casal, e os resultados foram considerados desanimadores. A TCIC emergiu a partir de tentativas e erros, enquanto as outras abordagens que integram a terceira onda propuseram uma revisão radical das práticas clínicas a partir de uma opção teórica previamente determinada.

Em contraste com as outras abordagens que fazem parte da terceira onda, a adesão pela TCIC ao contextualismo e sua valorização de processos de aceitação decorreu de mudanças que primeiramente se manifestaram na prática clínica e, só depois, tornaram-se objeto de reflexão teórica. Enquanto a TCTC procurava sintetizar as técnicas comportamentais e cognitivas em um pacote coerente (Jacobson & Margolin, 1979; Schmaling et al., 1989), a TCIC privilegia a vivência emocional acima da análise intelectual (Jacobson, 1997). Assim, não faz sentido agarrar-se a um modelo fechado a respeito dos mecanismos terapêuticos quando novas compreensões e caminhos podem emergir espontaneamente na sessão. O processo terapêutico procede em momentos de vivências significantes e intensas.

Paradoxalmente, a TCIC, que emergiu de uma história tão diferente, mostra todas as características da terceira onda. Ela exemplifica o salto qualitativo que ocorreu na terapia comportamental, em geral, com o advento da terceira onda, incluindo a abertura para a incerteza e para a vivência interior. Sua visão clínica ilustra as implicações do contextualismo e da nova reflexividade, que equipou os terapeutas comportamen-

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

tais com ferramentas singulares para enfrentar as complexidades do processo clínico. Por consequência, ela pode ser estudada como um exemplo típico desse movimento.

A evolução da terapia comportamental de casal, como descrita no início deste capítulo, assemelha-se à evolução de um terapeuta ao longo da sua carreira. Como iniciante, o terapeuta busca fatos e técnicas, quer saber como resolver os problemas dos seus clientes. Gradualmente, expande seu repertório clínico, desenvolvendo mais clareza e habilidades, até que descobre que as soluções pré-moldadas e as certezas teóricas não podem levá-lo muito longe e, finalmente, dispõe-se a aceitar a insegurança como sua aliada.

REFERÊNCIAS

Baucom, K. J. W., Sevier, M., Eldridge, K. A., Doss, B. D., & Christensen, A. (2011). Observed communication in couples two years after integrative and traditional behavioral couple therapy: Outcome and link with five-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(5), 565-76.

Bensen, L. A., Sevier, M., & Christensen, A. (2013). The Iimpact of behavioral couple therapy on attachment in distressed couples. *Journal of Marital and Family Therapy, 39*(4), 407-20.

Berns, S., Jacobson, N., & Christensen, A. (2000). Marital problems. In M. J. Dougher (Org.). *Clinical Behavior Analysis* (pp. 281-206). Reno: Context Press.

Cano, A., Leonard, M., Kerns, R. D., Thorn, B. E., & Dixon, K. E. (2006). Integrative behavior al couple therapy for chronic pain: Promoting behavior change and emotional acceptance. *Journal of Clinical Psychology, 62*(11), 1409-18.

Christensen, A., Jacobsen, N. S., & Babcock, J. C. (1995). Integrative Behavioral Couple Therapy. In *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 31-64). New York: Guilford.

Cordova, J. V., Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1998). Acceptance versus change interventions in behavioral couple therapy: Impact on couples' in-session communication. *Journal of Marital and Family Therapy, 24*(4), 437-55.

Guthry, E. R. (1939). *The psychology of human conflict*. New York: Harper.

Jacobson, N. S. (1992). Behavioral couple therapy: A new beginning. *Behavior Therapy, 23*, 436-45.

Jacobson, N. S. (1994). Contextualism is dead: Long live contextualism. *Family Process, 33*, 81-5.

Jacobson, N. S. (1997). Can contextualism help? *Behavior Therapy, 28*, 341-7.

Jacobson N. S. & Margolin, G. (1979). *Marital therapy*: Strategies based on social learning and behavior exchange principles. New York: Brunner/Mazel.

Jacobson, N. S., Prince, S. E., Cordova, J., Christensen, A., & Eldridge, K. (2000). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(2), 351-60.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

Lebow, J. L., Chambers, A. L., Christensen, A., & Johnson, S. M. (2012). Research on the treatment of couple distress. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(1), 145-68.

Margolin, G., Christensen, A., & Weiss, R. C. (1975). Contracts, cognition, and change: A behavioral approach to marriage therapy. *The Counseling Psychologist, 5*, 15-26.

Martell, C. R., Prince, S. E., & Snyder, D. K. (2005). Treating infidelity in same-sex couples. *Journal of Clinical Psychology, 61*(11), 1429-38.

Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*: The direct approach to the reconstruction of personality. New York: Creative Age Press.

Schmaling, K. B., Fruzzetti, A. E., & Jacobson, N. (1989). Marital problems. In K. Hawthon, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Orgs.). *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems*: A practical guide (pp. 339-368). Oxford: Oxford University Press.

South, S. C., Doss, B. D., & Christensen, A. (2010). Through the eyes of the beholder: The mediating role of relationship acceptance in the impact of partner behavior, *Family Relations, 59*(5), 611-22.

Stuart, R. (1969). Operant-interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 36*, 675-82.

Vandenberghe, L. (2006). Terapia comportamental de casal: Uma retrospectiva da literatura internacional. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 8*, 145-60.

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

IMPRESSÃO:

Santa Maria - RS - Fone/Fax: (55) 3220.4500
www.pallotti.com.br

INDEX BOOKS GROUPS: Perpetuando impressões!

TERAPIAS COMPORTAMENTAIS *DE TERCEIRA GERAÇÃO*

Guia para Profissionais

Autores

Bernard Rangé
Cristina Würdig Sayago
Elisa Harumi Kozasa
Fabián Orlando Olaz
Giovana Del Prette
Igor da Rosa Finger
Isabel Cristina Weiss de Souza
José Pinto-Gouveia
Jacqueline Pistorello
Juliana Helena dos Santos Silvério Abreu
Karen Vogel
Lina Sue Matsumoto
Luc Vandenberghe
Marcelo Batista de Oliveira
Marcelo Marcos Piva Demarzo
Margareth da Silva Oliveira
Michaele Terena Saban
Paola Lucena-Santos
Paulo Roberto Abreu
Renata Klein Zancan
Rodrigo R. C. Boavista
Stephen Little
Steven C. Hayes
Tiago Pires Tatton Ramos
Vinícius Guimarães Dornelles
Vitor Friary
Víviam Vargas de Barros

ISBN 978-85-64468-46-7
9 788564 468467

SINOPSYS editora